

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

ESSAI
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PAR
MÉLANIE BELLEY

« AIDER SANS SE DIVISER »
MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN POUR LES
PARENTS AIDANTS DES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL
OU DES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

AVRIL 2019

SOMMAIRE

En 2008, Bénony, Bénony et Dumas (2008) soulignaient que la population mondiale des pays industrialisés se composait de 15 à 25 % de jeunes pouvant présenter des traits se rapportant aux troubles mentaux. Face à cette prévalence importante, les services offerts à ces jeunes doivent être bonifiés et adaptés afin de répondre à leurs besoins et à ceux de leurs familles. À cet égard, Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua rapportaient, en 2005, que le quart des jeunes Canadiens âgés entre quatre et 17 ans et ayant un trouble mental (TM) recevaient des services spécialisés. Au Québec, en 2010, ce sont 14,3 % jeunes âgés entre 4 et 17 ans (Boyle et Georgiades, 2010; Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010) qui se retrouvaient dans la même situation.

Pour certains jeunes ayant un TM et étant suivis en centre jeunesse, un retrait de leur milieu de vie naturel s'avère parfois nécessaire. Malheureusement, la problématique du TM chez ces jeunes peut alors constituer un facteur de risque pouvant conduire à l'abandon parental. Ces jeunes vivent des problèmes non négligeables aux plans personnel, familial et social, tels que des problèmes de contrôle de soi, de comorbidité, de consommation, de honte, ainsi que d'estime de soi (Goyette et Charest, 2007; Toupin et al., 2004). Le développement social des jeunes ayant un TM se voit également influencé par les difficultés que ces derniers rencontrent quant à leur intégration, ainsi que la discrimination et la méconnaissance qui entourent les TM (Goyette et Charest, 2007, Toupin et al., 2004). De plus, l'appropriation des rôles sociaux et l'accessibilité aux services influencent négativement le rétablissement de leur santé psychologique (Goyette et Charest, 2007).

D'autre part, informer et soutenir les parents qui interviennent auprès de leur jeune vulnérable en raison d'un TM deviennent des facteurs de protection contre le maintien et l'amplification du TM (Toupin et al., 2004). Or, les familles qui vivent avec un jeune ayant un TM expriment le fardeau qui en découle dans leur vie. Ce fardeau correspond à la lourdeur des responsabilités encourues et des impacts ressentis, tant aux

plans économique, social, physique, psychologique que juridique (Dore et Romans, 2001; Larsen, 1998; Luscombe, Brodaty et Freeth, 1998; Stimmel et Sharfstein, 2004). Outre le milieu naturel, il peut donc être pertinent de considérer d'autres acteurs significatifs pouvant influencer positivement l'équilibre psychologique du jeune, notamment le parent du milieu d'accueil (Piat et al., 2005). Tout comme les parents naturels, les parents d'accueil souhaitent généralement obtenir un soutien spécifique lors de l'intégration d'un jeune des centres jeunesse dans le milieu d'accueil (Conseil permanent de la jeunesse, 2004).

Le programme élaboré et mis en place dans le cadre de cet essai se veut une réponse aux besoins d'information et de soutien identifiés par les parents aidants (naturels et d'accueil) qui doivent composer avec un jeune ayant un TM suivi en protection de la jeunesse. Ce type de soutien est recommandé par de nombreux chercheurs (Breton, Légaré, Laverdure et D'Amours, 2002; Byrne et Lemay, 2005; Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007; Therrien, 1990). Ce programme d'intervention visait principalement quatre objectifs, à savoir : (a) favoriser une meilleure communication entre le parent et le jeune ayant un TM ou des symptômes associés; (b) améliorer la résolution de problèmes en contexte de maintien et d'insertion dans le milieu de vie; (c) augmenter les connaissances entourant les TM vécus par les jeunes; et (d) développer le soutien direct aux parents aidants et le soutien indirect aux jeunes ayant un TM ou des symptômes associés.

Au cours du stage de pratique spécialisée qui fait l'objet de cet essai, six parents aidants, soit trois parents naturels et trois parents d'accueil, ont participé et bénéficié de services individualisés et spécialisés du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean (CJ SLSJ) afin de venir en aide à leur jeune vivant un TM ou des symptômes associés. Le stage fut réalisé d'avril à septembre 2010. La mise en œuvre du programme de soutien révèle des résultats positifs quant à la perception de l'efficacité parentale, du bien-être

comme parent, ainsi qu'en ce qui concerne la satisfaction des participants par rapport au soutien reçu. Ces résultats indiquent la diminution du sentiment de culpabilité des parents aidants, tout en favorisant chez eux une position d'intervention plus affirmative, une diminution de leurs attentes vis-à-vis le jeune atteint de TM, de même que des exigences plus réalistes dans leur rôle auprès de ce dernier. Aussi, les parents aidants ont augmenté leur sensibilité aux besoins du jeune, leur écoute et sont plus confiants en leurs capacités parentales. Également, un climat familial plus calme, une diminution des conflits et un sentiment de mieux soutenir leur jeune sur le plan scolaire ont été identifiés comme des éléments positifs associés au soutien reçu dans le cadre du programme.

Enfin, l'approche personnalisée et ciblée a permis une réponse efficace aux besoins des parents aidants. Cet essai révèle donc que des services personnalisés en santé mentale auprès des parents aidants est définitivement une voie d'intervention pertinente. En ce sens, cet essai suggère des pistes de recherches pouvant être mises de l'avant afin d'augmenter les connaissances quant aux besoins spécifiques des parents aidants, tout en développant davantage des services correspondant à leurs besoins. Ces pistes concernent, notamment, le fait d'être conseillés, de recevoir du soutien, d'apprendre de nouvelles informations et d'être accompagnés adéquatement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
1.1 . Les définitions des différents concepts utilisés dans le cadre du stage.....	4
1.2 L'ampleur des TM chez les jeunes.....	6
1.3 Les conséquences associées aux TM chez les jeunes.....	9
1.4 Les besoins des jeunes ayant des TM en vue de l'intégration sociale.....	11
1.5 La mise en place de services pour répondre aux besoins des jeunes ayant des TM...	14
1.6 La pertinence de la démarche de stage réalisée.....	17
CHAPITRE II: LA DESCRIPTION DU CONTEXTE DE RÉALISATION DU STAGE	19
2.1 La description du milieu organisationnel du stage.....	19
2.2. La description des services disponibles au CJSLSJ afin de répondre aux besoins des jeunes visés par la démarche de stage	21
2.3 La mise en place d'un programme de soutien aux familles.....	26
2.4 Les objectifs visés par le stage.....	29
2.5 La description du projet d'intervention	34
2.5.1 Les activités cliniques réalisées	34
2.5.2 La description des approches d'intervention privilégiées	37
2.5.2.1 L'approche centrée sur les forces.....	37
2.5.2.2 L'approche psychoéducative.....	40
2.5.2.3 L'approche centrée sur les solutions.....	41
CHAPITRE III: LA MÉTHODOLOGIE DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION.....	43
3.1 Le mode de recrutement des participants.....	43
3.2. Les modalités d'évaluation de l'intervention.....	45

3.2.1 L'évaluation des besoins antérieurs à l'application du programme de soutien aux parents aidants.....	47
3.2.2. L'évaluation des besoins spécifiques des parents aidants.....	49
3.2.3. L'évaluation de l'évolution de la perception de l'efficacité et du bien-être des parents aidants	50
3.2.4 Les notes d'évolution et les outils d'évolution de l'intervention	51
3.2.5 L'évaluation de la satisfaction en ce qui a trait au programme de soutien aux parents aidants	51
CHAPITRE IV: LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION	53
4.1 La période pré-programme.....	53
4.2 La période d'application du programme.....	57
4.2.1 Le profil des participants au programme de soutien	57
4.2.2 Le portrait des familles ayant participé au programme	58
4.2.2.1 FN 1 : L'histoire d'Irène	58
4.2.2.2 FN 2 : L'histoire de Lucie.....	60
4.2.2.3 FN 3 : L'histoire d'Étienne	62
4.2.2.4 FA 4 : L'histoire de Rose et de Louis	63
4.2.2.5 FA 5 : L'histoire de Nancy	65
4.2.2.6 FA 6 : L'histoire de Suzie	67
4.2.3 La perception du bien-être et de l'efficacité parentale chez les parents aidants	68
4.2.4 Les attentes et les besoins des parents aidants.....	71
4.3 La période post-programme.....	72
4.3.1 Les retombées perçues par les intervenants.....	72
4.3.2 Les retombées perçues par l'intervenante-stagiaire.....	75
4.3.3 La satisfaction des parents aidants ayant participé au stage.....	76
CHAPITRE V: LA DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	79

5.1. Les approches et les besoins des parents aidants qui soutiennent des jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés	79
5.2. Les facteurs qui facilitent et entravent la mise en œuvre du soutien offert aux parents aidants dans le cadre du programme	81
5.2.1 Les facteurs liés au contexte de vie des participants.....	81
5.2.2 Les facteurs organisationnels liés au milieu de stage	83
5.2.3 Les facteurs liés à l'intervenante-stagiaire.....	84
5.3. Les avantages et les limites du programme de soutien.....	85
5.4. Les pistes d'intervention et de recherche qui se dégagent du stage.....	87
CONCLUSION.....	90
LISTE DES RÉFÉRENCES	92
ANNEXES.....	102
ANNEXE A: TYPE DE SOUTIEN OFFERT PAR LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE EN CJSLSJ.....	103
ANNEXE B: TRAJECTOIRE DE SERVICES OFFERTS AUX JEUNES AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE OU DES SYMPTÔMES ASSOCIÉS PROVENANT DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE DU SLSJ.	104
ANNEXE C : AFFICHE DU PROGRAMME	105
ANNEXE D : DÉPLIANT DU PROGRAMME	107
ANNEXE E : GUIDES D'ENTREVUES	112
ANNEXE F: COLLECTE D'INFORMATIONS	112
ANNEXE G: PLAN DE SOUTIEN	121
ANNEXE H : QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION.....	121
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PARTICIPANTS	123
ANNEXE J : RÉSULTATS OBTENUS EN PRÉ-TEST ET POST-TEST	126

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation des services offerts en santé mentale au CJSLSJ	25
Tableau 2 : Objectifs spécifiques du stage de pratique spécialisée et moyens associés ..	33
Tableau 3 : Activités réalisées dans le cadre du programme de soutien aux parents aidants	36
Tableau 4 : Synthèse des évaluations réalisées en lien avec le programme de soutien offert aux parents aidants	47
Tableau 5 : Synthèse des perceptions des différents acteurs impliqués auprès de jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés et de celles exprimées par les jeunes eux-mêmes	55
Tableau 6 : Résultats obtenus en pré-test (temps 1) et post-test (temps 2) à l'évaluation de la perception du bien-être comme parent	69
Tableau 7 : Résultats obtenus en pré-test (temps 1) et post-test (temps 2) à l'évaluation de la perception de l'efficacité parentale	70
Tableau 8: Attentes et besoins des participants et activités réalisées par l'intervenante-stagiaire pour y répondre.....	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Types de soutien offerts par les services spécialisés en santé mentale au CJSLSJ, selon les trois niveaux d'intervention en 2010.....	21
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	American Psychological Association
CLSC	Centre local de services communautaires
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse (englobant tous ceux du Québec)
CJSLSJ	Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec-Institut Universitaire
CR	Centre de réadaptation
CSSSC	Les centres de santé et des services sociaux de Chicoutimi
CSMCSS	Comité de santé mentale du centre de santé et de services sociaux
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
É/O	Évaluation/orientation
FA	Famille d'accueil
GRTP	Groupe de ressources de trouble de panique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPJ	Loi sur protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action santé mentale
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réception et traitement des signalements
SLSJ	Saguenay-Lac-Saint-Jean
SMJ	Santé Mentale Jeunes
T'AS SA	Trouble de l'attachement service de soutien et d'accompagnement
TDA	Troubles de déficit de l'attention
TDAH	Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité
TM	Trouble mental
U.T.I.	Unité de traitement individualisé

REMERCIEMENTS

Cette aventure, dont j'avais sous-estimé l'ampleur et la rigueur avant de m'y engager, m'a permis de côtoyer deux directrices de maîtrise hors pairs quant à leur patience, leur compréhension ainsi que leurs expertises en la matière : madame Christiane Bergeron-Leclerc et madame Eve Pouliot. C'est grâce à la présence de ces deux personnes professionnelles que j'ai pu accomplir jusqu'au bout mon objectif universitaire. Je leur dois ma persévérance et je les remercie pour le respect qu'elles m'ont témoigné à chacune de nos rencontres, malgré les embûches rencontrées. Je prends le temps de les remercier tout spécialement, puisque cette étape me permet d'être accomplie dans ma profession et aussi d'être plus soucieuse des avancées dans le domaine des jeunes ayant des TM en centre jeunesse. Le goût de la recherche a émergé en moi et je respecte davantage leurs professions si bien pratiquées. Merci de la confiance que vous m'avez accordée et de votre soutien à long terme, disons-le. Grâce à vous, j'ai dépassé mes propres limites et je suis fière de ce que j'ai accompli par la réalisation ultime de cet essai.

Il est aussi important de remercier les participants et tous les collaborateurs provenant des services sociaux qui m'ont offert leur temps et leur expertise dans leurs domaines respectifs. Sans eux, ce projet de maîtrise n'aurait pu voir le jour et donner lieu à des recommandations susceptibles d'envisager l'intervention autrement. Merci à chacun de vous pour votre générosité et votre ouverture à me faire part de votre vécu en tant que parent, jeune, intervenant, gestionnaire et collaborateur. Vous m'avez appris l'importance de partager dans le but de mieux grandir. Je tiens spécialement offrir ma gratitude à ma superviseuse de stage, madame Mélanie Martel, puisqu'elle a su d'une main de maître me guider et me soutenir lors de la mise en pratique mon stage.

Également, je remercie ceux et celles qui m'ont écoutée et soutenue psychologiquement, tout en me permettant de continuer à croire en mon projet. Merci à

mes amies, mes collègues de travail et à ceux avec qui j'ai pu discuter de mes satisfactions et mes embûches. Votre écoute et votre confiance sans relâche m'ont permis de croire en moi et de concrétiser la fin de cette aventure. Finalement, je tiens à remercier mes proches, ma famille, ma mère, mon père, mes sœurs, mes frères et, plus particulièrement, mes enfants aînés : Bryan et Jessica, puisqu'ils ont eu connaissance des aléas de cet engagement. À tout instant, ils ont cru en leur mère et au potentiel de réussite de ce projet. J'espère que je serai un exemple positif de persévérance et d'accomplissement pour eux. Merci à mon amoureux, Karim, qui a été à l'écoute tout au long de ce projet, tant dans les moments positifs, que lors des difficultés vécues. Sa disponibilité et sa présence auprès des enfants, lorsque j'étais temporairement absente en raison de rédaction ou de recherche, m'ont grandement aidée à me libérer l'esprit et à me consacrer à mon rêve professionnel. Un immense merci.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les familles sont davantage responsabilisées quant au rétablissement de leurs enfants ayant un trouble mental (TM) (Caron, Mercier, Martin et Stip, 2005; Home et Pearce, 2003). En effet, une plus grande collaboration et implication des parents sont aujourd'hui demandées dans le cheminement thérapeutique de ces jeunes (Home et Pearce, 2003; Nadeau, Malingrey, Chantal et Bonneville, 2010; Nadeau et Patry, 2008; Piat, Ricard, Lesage et Trottier, 2005; Therrien, 1990). Leurs compétences et leurs connaissances sont des atouts importants pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Toutefois, ce partenariat entre la famille et le réseau formel n'est pas toujours facile. Effectivement, l'inconstance et l'incertitude entourant les services offerts à cette population laissent, plus souvent qu'autrement, la famille et l'enfant ayant un TM à eux-mêmes (Castel, 1994; Cloutier, Nadeau, Bordeleau et Verreault, 2008; Léveillé, Chamberland et Tremblay-Renaud, 2007; Schnapper, 1996). Notons que cette réalité vécue par les familles n'est pas provoquée par un manque de volonté de la part des différents services dédiés à la jeunesse et à la famille, mais davantage par le manque de ressources disponibles (Hurlburt et Zhang, 2004).

En centre jeunesse (CJ), les TM chez les jeunes peuvent constituer un défi supplémentaire à la problématique identifiée par la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ). Plusieurs types de professionnels (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, éducateurs, agents en relations humaines, etc.) travaillent de concert afin d'offrir un service approprié à cette clientèle. Ainsi, les approches thérapeutiques s'additionnent et sont bénéfiques dans plusieurs situations. Cependant, en tant qu'agente en relations humaines depuis quatorze ans au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CJ SLSJ) (secteur Chicoutimi), j'ai constaté la difficulté de maintenir ces jeunes dans leur milieu de vie naturel ou d'intégrer, à long terme, ces jeunes en famille d'accueil. Partant de ces constats, j'ai trouvé pertinent d'identifier les besoins des jeunes ayant un TM et, plus particulièrement, ceux de leurs parents (naturels ou d'accueil) afin

de les soutenir et de les outiller davantage. Ce rôle de soutien est assumé, bien souvent, par l'intervenant social au dossier du jeune, ce qui vient alourdir le suivi psychosocial. Le stage de pratique spécialisée, qui fait l'objet du présent essai, avait donc pour but de permettre aux parents naturels ou d'accueils ciblés de comprendre ce qu'engendre le TM chez les jeunes et de développer des stratégies d'intervention appropriées auprès d'eux. Plus spécifiquement, le but de ce projet était d'informer et de soutenir des parents naturels et d'accueil de jeunes âgés de six à 18 ans ayant un TM et provenant du CJSLSJ, secteur Chicoutimi. Pour ce faire, un programme de soutien à ces parents a été élaboré et mis en œuvre en suivant trois principales étapes, à savoir : (a) l'évaluation des besoins des jeunes âgés de six à 18 ans ayant un TM et étant hébergés ou non; (b) le soutien éducatif des parents venant en aide à ces jeunes; ainsi que (c) le bilan de l'intervention effectuée auprès des parents aidants.

Le présent essai présente les résultats obtenus lors de la mise en œuvre de ce programme et se divise en cinq chapitres. Le premier présente l'état des connaissances en ce qui concerne les TM chez les jeunes, les conséquences qui en découlent dans plusieurs aspects de leur vie, ainsi que les besoins de ces jeunes. De plus, les services disponibles pour ces jeunes, de même que la réalité de leurs familles complètent cette section. Les deuxième et troisième chapitres décrivent le contexte de réalisation du stage ainsi que la méthodologie privilégiée lors de la démarche d'évaluation de l'intervention. Le quatrième chapitre présente, quant à lui, les résultats de la démarche de l'évaluation de l'intervention. Cette démarche a été effectuée en trois temps : (a) en pré-programme, (b) lors de l'application du programme, et (c) en post-programme. Enfin, le dernier chapitre discute les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'intervention, et ce, à la lumière des écrits disponibles. Il met notamment en lumière les besoins identifiés à la suite de la réalisation du programme, les facteurs qui favorisent ou non sa mise en œuvre, les avantages et les limites observées quant aux services dispensés, ainsi que les

pistes d'interventions et de recherches à développer afin d'améliorer la situation des jeunes ayant un TM et leurs familles.

CHAPITRE I

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre met en lumière différentes composantes importantes de la problématique des TM chez les jeunes, ce qui permet une meilleure compréhension de la nature du stage réalisé. D'abord, quelques définitions de concepts sont présentées et l'ampleur des TM chez les jeunes est documentée. Ensuite, les conséquences associées aux TM chez les jeunes sont décrites, de même que les besoins de ces jeunes et de leurs familles, ainsi que les services qui leur sont offerts. Enfin, la pertinence de la démarche de stage réalisée est abordée.

1.1 Les définitions des différents concepts utilisés dans le cadre du stage

Dans les écrits scientifiques, plusieurs définitions des TM sont proposées. Selon les groupes d'acteurs (ex. parents, professeurs, policiers, médecins) à l'origine de ces définitions, ces dernières sont susceptibles de varier (Habimana, Éthier, Petot et Tousignant, 1999). Au Québec, Dionne, Camiré, Moisan, Hénault, Girard et Rousseau (2008, p.7) définissent les TM comme étant « un syndrome qui n'est pas physique, mais qui entraîne plutôt une détérioration marquée sur le plan des capacités cognitives, affectives ou relationnelles d'un individu ».

Plus spécifiquement, le Manuel diagnostique et statistique des TM (DSM-V) (2013, p.22) décrit le TM selon des critères bien définis : « comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental ».

Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013, p.42) affirme que les TM comprennent « une grande variété de problèmes, aux symptômes divers, qui se caractérisent généralement par la combinaison de pensées, d'émotions, de

comportements et de relations à l'autre considérés comme sortant de la norme » (cité dans Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, 2013). Cette définition précise que les manifestations doivent perdurer dans le temps, être répétitives et référer à des situations anormales et pathologiques. De plus, la présence d'une souffrance ou d'un dysfonctionnement dans diverses sphères de la vie quotidienne démontre des indices de TM (OMS, 2013). Cette définition de l'OMS (2013) est celle qui est retenue dans le cadre de cet essai. Les jeunes ciblés ne présentent pas nécessairement de diagnostic clair, mais ils présentent des symptômes associés aux TM.

Parfois, les jeunes ne répondent pas aux critères diagnostiques tels que définis par les guides, mais présentent des manifestations associées à des TM qui ont des impacts dans leur vie. En effet, plusieurs personnes qui ont des manifestations s'apparentant à des TM ne sont pas diagnostiquées (<http://www.fondationjeunesentete.org/>, 2001). À ce sujet, l'OMS (2011) souligne que 93 % des personnes qui n'ont pas de diagnostic de TM se perçoivent comme ayant des symptômes de TM, sans toutefois relier ces symptômes à un TM. La moitié de ces personnes expriment vivre de la détresse et une diminution de leurs activités sociales. Selon le dictionnaire de l'Association américaine de psychologie (APA, 2006, p. 916), le concept de symptôme correspond à « toute déviation du fonctionnement normal considéré comme un indicateur d'un trouble physique ou mental. N'importe quelle déviation du fonctionnement normal que l'on considère indicatif de troubles psychiques ou physiques [traduction libre] ».

Selon le rapport : « *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* » (2006), plusieurs symptômes peuvent être étroitement liés au TM, symptômes qui émergent à la période de l'adolescence ainsi que lors des premières années de l'âge adulte. Les symptômes répertoriés font référence à la présence d'une faible confiance en soi, d'isolement, de désespoir, d'un réseau social limité, d'une

intégration sociale peu significative, ainsi que de la présence de différents stress physiques (maux de tête, d'estomac, de dos, étourdissements) ou psychologiques (baisse d'énergie, état dépressif, irritabilité, nervosité, troubles du sommeil) (Gouvernement du Canada, 2006). Ainsi, plusieurs de ces symptômes ont été identifiés et observés tant par les jeunes que les parents interrogés dans le processus décrit ci-dessous. On peut y retrouver des symptômes tels que le manque de confiance en soi, l'isolement, le désespoir, l'irritabilité et un état dépressif.

Finalement, la notion de « parent aidant » fait référence au concept d'aidant naturel, tel que défini par Thibault-Wanquet (2011, p.1) :

« Les aidants naturels sont les proches de la personne malade ou handicapée qui apportent une aide régulière et indispensable à sa qualité de vie. Ils peuvent avoir avec le malade un lien de parenté ou non. Lorsque ce dernier n'existe pas, les aidants naturels sont le plus souvent un ami ou un voisin. Ils peuvent être totalement bénévoles, mais aussi rémunérés pour s'occuper de la personne malade ou handicapée, quelle que soit l'aide apportée (soins, loisirs, présence, etc.) ».

Dans le présent essai, le parent aidant est un aidant naturel provenant de la famille d'origine ou d'accueil du jeune atteint d'un TM.

1.2 L'ampleur des TM chez les jeunes

Les estimations réalisées au cours des dernières années donnent à penser que, mondialement, 20 % de la population infantile et adolescente souffrirait de TM. En effet, selon Bénony, Bénony et Dumas (2008), de 15 % à 25 % des jeunes des pays industrialisés présentent des caractéristiques associées aux TM (selon le DSM-IV). Au Canada, Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua (2005) notent que 14 % des jeunes âgés entre quatre et 17 ans ont un TM, ce qui représente plus de 800 000 jeunes, et que seulement 25 % de ceux-ci reçoivent des services de traitements spécialisés. Les TM les plus importants sont ceux reliés à l'anxiété (6,5 %), à la conduite (3,3 %), au déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (3,3 %) et à la dépression (2,1 %) (Waddell et

Shepherd, 2002). Boyle et Georgiades (2010), relèvent qu'entre 6 % et 10 % des jeunes canadiens et américains présentent des troubles anxieux et dépressifs. Au Québec, au cours des dix dernières années, le pourcentage des troubles mentaux aurait doublé chez les jeunes de moins de 20 ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2017). Cette augmentation est due au fait qu'il y a davantage de diagnostics de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez les garçons (MSSS, 2017).

De tous les jeunes ayant des TM, certains recevront un jour ou l'autre des services des centres jeunesse. De fait, on remarque une augmentation de problématiques liées à la santé mentale en centre jeunesse (Gaumont, 2010; Nadeau, Simard et Chantal, 2012). Des études américaines indiquent que près de 62 % des jeunes recevant des services de protection présentent des symptômes liés à des TM (Mccrae, 2009). Selon une étude réalisée au Québec auprès de trois centres jeunesse (Montréal, Québec et Estrie), en 1998, il y avait de trois à dix fois plus d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans qui souffraient de troubles intériorisés (10 %) et extériorisés (35-45 %) au sein de ces établissements, comparativement aux jeunes provenant de l'ensemble de la population (Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier et Boudreau, 2004). De ceux-ci, 20 % avaient fait une tentative de suicide. Par ailleurs, une étude montréalaise, effectuée en 1996, démontrait que 75 % des enfants âgés de six à 12 ans ayant des problèmes de santé mentale et placés en institution manifestaient des troubles oppositionnels, 65 % avaient un TDAH, 47,5 % des troubles de conduite, 62,5 % un trouble dépressif et 32,5 % un trouble anxieux (Pauzé, Toupin, Déry et Hotte, 1996). Les travaux du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007) arrivaient à des constats similaires. En effet, selon ce comité, 44,9 % des jeunes recevant des services des centres jeunesse auraient un diagnostic psychiatrique. Leurs travaux ont également révélé que la fraction de jeunes la plus touchée par les TM sont les enfants âgés de six à 11 ans (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007).

Chagnon (2000) cité dans Gaumont, 2010) précise que 2 jeunes sur 5 reçoivent une médication et que 26 % des adolescents ont eu des idéations suicidaires. Ces jeunes qui reçoivent des services des centres jeunesse démontrent un risque deux fois plus élevé au suicide comparativement aux autres jeunes de la population en générale.

Parmi l'ensemble de ces jeunes ayant des TM, une bonne proportion connaîtra un placement en milieu substitut, qu'il s'agisse d'une famille d'accueil (FA), d'un foyer de groupe, d'une ressource intermédiaire (RI) ou encore d'un centre de réadaptation (CR). À cet égard, une étude réalisée par Toupin et al. (2004) suggère que 40 % des jeunes ayant des TM et étant suivis en centre jeunesse se retrouveraient dans cette situation. Au Saguenay Lac-Saint-Jean (SLSJ), la proportion de jeunes hébergés et ayant des TM atteint 40,7 %, proportion excluant toutefois les jeunes qui vivent en FA (Goyette et Charest, 2007). Il est constaté que le diagnostic le plus fréquent chez ces jeunes est le TDAH (Nadeau et al., 2008).

À notre connaissance, aucune statistique ne permet de dénombrer le pourcentage des familles hébergeant un jeune ayant un TM ou des symptômes associés dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Toutefois, l'étude de Nadeau et al. (2008) relate des données intéressantes concernant l'hébergement des jeunes en milieu naturel et la prise de médication. Cette étude fait état de jeunes provenant du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ–IU). Sur un échantillon de 1 644 jeunes vivant en milieu naturel, 53 % (n=856) étaient chez leurs parents, 41 % demeuraient en FA (n=672) et 8 % (n=116) étaient hébergés ailleurs (réseau d'entraide, familles d'accueil du CR et d'autres types de ressource ou en thérapie à Portage). Cette étude a permis de dénombrer 343 jeunes de zéro à cinq ans qui obtenaient des services divers.

1.3 Les conséquences associées aux TM chez les jeunes

L'ampleur des TM chez les jeunes amène à s'interroger sur les conséquences qui en découlent aux plans personnel, familial et social. D'abord, au plan personnel, on note que les TM chez les jeunes sont associés à une présence accrue d'impulsivité, de comorbidité et de problèmes de consommation d'alcool et de drogues (Duppong-Hurley, Trout, Chmelka, Burns, Epstein et Thompson, 2009; Liao, Manteuffel, Paulic et Sondheimer, 2001). De plus, les TM engendrent des difficultés qui génèrent un état de stress qui, de ce fait, diminue les chances de retrouver un bon équilibre psychologique (Oliver, Harden, Rees, Shepherd, Brunton et Oakley, 2008). Également, selon l'OMS (2001), les préjugés envers les TM suscitent un sentiment de honte chez la personne souffrante. Toupin et al. (2004) rapportent que l'estime de soi est étroitement liée aux TM chez les jeunes (dépression, idées suicidaires et troubles de comportements). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) relève, pour sa part, qu'une instabilité du taux de suicide a été observée, de 2005 à 2009, chez les adolescents de moins de 14 ans et une diminution passant de 0,8 % à 0,5 % chez les filles de la même catégorie (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2010). Selon l'OMS (2001, p. 6), la personne ayant un TM voit « le fonctionnement ou la qualité de sa vie diminuer par la persistance de sa souffrance mentale ». De plus, la pauvreté du milieu familial augmente le risque de TM chez l'enfant (Tourigny et al. 2002).

Au plan familial, la présence d'un TM chez un jeune peut avoir pour effet d'affecter le fonctionnement de la famille, notamment en augmentant les tâches et les responsabilités associées aux soins à prodiguer (Breton et Valla, 2001; Chabrol, 2011; Dore et Romans, 2001; Larsen, 1998; Luscombe, Brodaty et Freeth 1998; Stimmel et Sharfstein, 2004). Cette prise en charge peut constituer un fardeau significatif pour les familles. En effet, ces dernières assument souvent la responsabilité de soutien auprès de la personne ayant un TM et doivent s'investir à plusieurs niveaux (affectif, cognitif, social et matériel) (Caron et al., 2005; Home et Pearce, 2003). Plusieurs difficultés

ressenties par la famille augmentent cette lourde tâche. En fait, ce fardeau atteint psychologiquement (détresse, stress, colère, dépression), physiquement (fatigue chronique), socialement (conflits familiaux et sociaux), professionnellement (conflits au travail), judiciairement (difficultés avec la loi) et économiquement (surplus important de dépenses) les familles de personnes souffrant de TM. Ces difficultés peuvent entraîner, chez certains parents, des situations de désinvestissement et d'abandon (Nadeau et al., 2010). Le tiraillement entre des sentiments d'obligation, de devoir, d'amour et de culpabilité influence leurs relations qui, à un moment, seront rapprochées et, à un autre, éloignées (Breton et Valla, 2001; Chabrol, 2011; Dore et Romans, 2001; Larsen, 1998; Luscombe et al., 1998; Stimmel et Sharfstein, 2004). Aussi, les stratégies d'adaptation mises de l'avant par les membres de la famille face au TM d'un jeune influencent le rétablissement de ce dernier. Les membres de la famille ayant une faible expression émotionnelle s'adapteront davantage à la présence de la maladie mentale, comparativement à ceux qui ont une forte expression émotionnelle (Breton et Valla, 2001). Également, Mayer et Laverigne (2003) indiquent que la présence de pauvreté familiale, de monoparentalité, d'antécédents de mauvais traitements chez l'un des parents ou de stress familiaux importants (financiers, séparation, consommation, déficience de soutien social) favorise la présence de services de la DPJ.

Quant aux impacts sociaux, notons que l'exclusion des personnes ayant un TM est toujours présente, malgré les interventions nationales et provinciales de promotion de la santé mentale (Moldovan, 2007). Le développement du jeune ayant un TM peut donc être compromis quant à l'appropriation de ses différents rôles sociaux (scolaire, familial et professionnel) (Habimana et al., 1999; Liao et al., 2001; Stoep, Beresford, Weiss, McKnight, Cauce et Cohen, 2000). La stigmatisation, les préjugés et les tabous témoignent du regard de la société envers les TM (Corrigan, 1998; Leff et Warner, 2006). Cette exclusion sociale s'explique, entre autres, par la méconnaissance des TM, mais aussi par des caractéristiques défavorables du milieu familial (instabilité

personnelle et socio-économique, isolement). Pour certains de ces jeunes, le fait de recevoir des services de la protection de la jeunesse en plus de souffrir de TM augmente la difficulté de réinsertion sociale (Castel, 1994; Cloutier et al., 2008; Léveillé et al., 2007; Schnapper, 1996). De plus, l'accès limité aux services peut influencer le rétablissement de la santé mentale du jeune. En raison du manque de ressources spécialisées en santé mentale, d'organisation, de financement et du volume de demandes, plusieurs personnes risquent d'obtenir des services médicaux généraux, ou ne demanderont pas de services (Therrien, 1990; Frohlich et al., 2008). En effet, l'accès aux services spécialisés est lié à la gravité de la maladie, l'âge de l'enfant, son sexe, son ethnie et le milieu de vie dont il fait partie (Burns et al., 2004; Hurlburt et al., 2004). Cette mise en évidence des conséquences reliées aux TM des jeunes permet d'identifier les besoins de ces jeunes en vue de favoriser leur intégration sociale.

1.4 Les besoins des jeunes ayant des TM en vue de l'intégration sociale

Étant donné l'ampleur des TM chez les jeunes et l'importance des conséquences qui en découlent, il importe de se pencher sur les besoins présents chez ces jeunes, de même que sur ceux de leurs familles, afin de leur venir en aide. Bien que les TM et les symptômes associés fassent l'objet de nombreuses recherches dans la population adulte (Nadeau et al., 2008), ces dernières demeurent toutefois peu développées en ce qui concerne les enfants et les adolescents. Certains écrits, qui abordent les besoins de ces jeunes par l'intermédiaire des facteurs de risque et de protection associés au développement des TM, méritent cependant d'être notés (Azocar et al., 2007; Dionne et al., 2008).

D'une part, selon l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, réalisée en 1999, plusieurs indicateurs déterminent les besoins des jeunes ayant des TM ou de ceux ayant des symptômes associés. Le manque d'estime de soi, les troubles émotifs, la détresse psychologique et les comportements suicidaires

observés chez ces jeunes permettent de déterminer les actions à entreprendre afin de diminuer l'impact des TM dans leur vie. Par exemple, l'enquête insiste sur l'importance de miser sur le développement d'une bonne estime de soi au cours de l'enfance et de l'adolescence, et ce, plus particulièrement chez les filles, dès l'âge de 13 ans. L'estime de soi agirait alors comme facteur de protection et contribuerait à contrer la détresse psychologique chez ces jeunes filles. Par ailleurs, l'étude soulève également la nécessité de favoriser le sentiment de compétence ainsi que le soutien des personnes significatives (parents, pairs et enseignants) qui agissent auprès de ces jeunes.

Au plan social, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les services doivent répondre davantage au besoin d'intégration des personnes atteintes de TM en assumant une part importante du fardeau que les familles et les usagers assument difficilement (Piat et al., 2005; Perreault, Provencher, St-Onge et Rousseau, 2002; Therrien, 1990). Ainsi, une vision de partage des responsabilités entre les différents services peut favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes d'un TM (Home et Pearce, 2003; Piat et al., 2005). En outre, la collaboration entre les professionnels eux-mêmes et la mise en place d'un partenariat concret entre les intervenants et la famille demeurent des actions pouvant faire la différence dans l'acceptation sociale des personnes souffrant de TM (Nadeau et al., 2010; Nadeau et al., 2008; Therrien, 1990).

Par conséquent, il est pertinent d'agir dans différents milieux de vie de ces jeunes. Nadeau et al. (2008) rapportent que les parents, les FA et les RI, les écoles et les différents partenaires peuvent, entre autres, éprouver un sentiment de solitude et de dépassement concernant les besoins de ces jeunes, avoir peu de connaissances et de formation, éprouver de la fatigue et se désengager face à cette lourde responsabilité, ressentir un sentiment d'inefficacité pouvant provoquer le rejet de l'enfant, ainsi qu'exprimer un manque de soutien et de répit dans leur rôle d'accompagnement. Ces

obstacles influencent négativement la réinsertion sociale et le succès scolaire des jeunes vivant avec un TM (Lia et al., 2001).

Dans un tel contexte, il importe de s'interroger sur le soutien offert aux parents naturels ou d'accueil qui se retrouvent en première ligne d'intervention auprès de ces jeunes en grandes difficultés émotionnelles, psychologiques et mentales. Le milieu d'accueil se rapproche davantage des caractéristiques du milieu familial naturel que celui d'un CR spécialisé. Cela signifie que ces familles, qui accueillent des jeunes ayant un TM (léger, modéré ou sévère), ne disposent pas nécessairement de meilleures connaissances sur la problématique de santé mentale que les familles naturelles. Au Québec, le développement des familles d'accueil, maintenant appelées les Ressources de type familial (RTF), s'est amorcé dans les années 1970, dans la foulée de la désinstitutionalisation. Ces ressources sont régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Piat et al., 2005). Dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée, notre intérêt a porté sur ces RTF, ainsi que sur les parents naturels recevant les services de la protection de la jeunesse.

Nadeau (2010) mentionne, par ailleurs, que les familles d'accueil ont de multiples besoins qui ne trouvent pas toujours réponse dans la structure d'encadrement offerte par les centres jeunesse. Plus spécifiquement, les familles d'accueil expriment des besoins, tels que le soutien (intervenants, formation), un meilleur pairage (trouver le meilleur milieu d'accueil correspondant au besoin du jeune), l'accompagnement, le répit (autant pour la FA que pour le jeune) et la transition (prendre le temps de faire l'intégration du jeune) (Conseil permanent de la jeunesse, 2004). Une autre étude, réalisée auprès de responsables de RTF, révèle que ceux-ci ont besoin d'être davantage reconnus par les intervenants du réseau (Piat et al., 2005). Plus spécifiquement, les parents d'accueil souhaitent participer à la planification et aux décisions concernant la personne hébergée, plutôt qu'être relégués à un rôle secondaire. Nous sommes

également d'avis que le manque de connaissances en ce qui concerne les TM peut amener les familles d'accueil à vivre des difficultés qui, jusqu'à un certain point, pourraient compromettre la réussite du placement.

Le programme de soutien aux parents aidants, développé dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée, rejoint à la fois les besoins exprimés par les différents acteurs interrogés dans la phase exploratoire du projet, de même que les recommandations de plusieurs chercheurs (Breton, Légaré, Laverdure et D'Amours, 2002; Byrne et Lemay, 2005; Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007; Therrien, 1990). Il vise principalement à soutenir les parents aidants vivant avec un jeune ayant des TM ou des symptômes associés.

1.5 La mise en place de services pour répondre aux besoins des jeunes ayant des TM

Afin de répondre aux besoins des jeunes présentant à la fois des TM et des besoins de protection, différentes stratégies d'intervention peuvent être mises en œuvre. Celles-ci dépendent, entre autres, de la capacité des parents à s'impliquer de façon active dans les services offerts à leurs enfants, de même que de la disponibilité des services spécialisés dans des régions données (Beaudoin, Mireault, Camiré, Poirier et Lessard, 2000; Saint-Jacques et al., 2000). Comme nous l'avons vu dans la section précédente, ces enfants ont des besoins complexes, qui impliquent la mise en œuvre de solutions complexes (Nadeau et al., 2010).

L'hébergement en CR, en foyer de groupe ou encore au sein de RTF (ou FA) constitue l'un des moyens d'intervention en centre jeunesse. Il est important de mentionner que cette orientation de services est un moyen de dernier recours. Sans égard aux problématiques rencontrées chez les jeunes, on estime à 6 041 le nombre de jeunes québécois ayant été hébergés dans les familles d'accueil en 2013. De ces jeunes, 348 sont hébergés en FA dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (Association des centres

jeunesses du Québec, 2013). Il est à noter, à cet égard, que depuis l'année 2004, le mandat de l'hébergement de réadaptation pour les jeunes ayant des TM a clairement été confié aux centres jeunesse de la province (Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, 2004). En effet, les services de protection de la jeunesse doivent assumer cette responsabilité, tout en maintenant la collaboration avec les services de première ligne.

Depuis, de nombreux développements en lien avec les TM des jeunes et les services d'hébergement se sont concrétisés. Cette section répertorie, plus spécifiquement, des services offerts à la famille de la personne atteinte d'un TM et au jeune souffrant d'un TM. Pour ce faire, les services spécifiquement offerts à la clientèle des centres jeunesse ayant un TM ont été identifiés et documentés. Cette identification a été rendue possible grâce à différents entretiens réalisés avec des acteurs significatifs, intervenants et gestionnaires, œuvrant auprès de jeunes ayant des TM et leurs familles. Lors de ces entretiens, ces derniers ont identifié le ou les programmes qui étaient alors en vigueur dans leur établissement ou ailleurs. Nous avons ensuite porté un intérêt plus soutenu aux programmes utilisant une approche ciblée dans l'intervention (individualisée, de groupe), qui offraient des services de répit ou d'hébergement et qui étaient centrés sur le partenariat avec la famille ou le parent aidant. Ainsi, nous avons répertorié quelques centres jeunesse ayant mis en place des programmes de réadaptation en utilisant le traitement individualisé, tels que « Apprivoiser la différence » (CJ de La Montérégie), « Le Moussaillon » (CJ du Bas St-Laurent) et « Unité de vie pour des jeunes ayant une double problématique de santé mentale et de trouble grave du comportement » (CJ des Laurentides). D'autres groupes ont également été ciblés afin d'aider davantage les jeunes ayant des TM ou les familles (incluant les familles d'accueil). Par exemple, le centre jeunesse de Lanaudière offre un service d'hébergement, « Le Campus des Quatre-Vents », qui héberge des jeunes présentant à la fois des TM et des troubles de comportement. Ce service privilégie une intervention

individualisée qui favorise l'implication de la famille, tout en lui offrant du répit. Cet établissement est en étroite collaboration avec les différents services (pédopsychiatrie, CLSC, commission scolaire, commerçants, syndicat des employés, la communauté et une pharmacie) de leur secteur.

Pour sa part, le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean a ajouté, en 2008, deux unités de traitement individualisé (UTI) pour les jeunes ayant des TM. Ces deux unités sont situées à Chicoutimi, au CR de Saint-Georges. Une équipe multidisciplinaire¹, composée d'une infirmière, d'un psychologue, d'un psychoéducateur, d'un chef de services, d'un éducateur, d'un intervenant psychosocial et d'un intervenant ressource œuvrant dans le domaine de la santé mentale est à la disposition des intervenants des unités. Le rôle attribué à cette équipe consiste à soutenir l'intervention, en offrant des services de discussions, de consultations cliniques en équipe ou individuelles et en donnant de la formation (Simard, Simard et Moisan, 2008). Plus particulièrement, l'intervenant ressource a la responsabilité de répondre aux besoins de la FA hébergeant des jeunes ayant des TM. Précisons que cet intervenant ressource doit répondre aux besoins de plus de trente FA. Ce sont les familles d'accueil qui doivent interpeller l'intervenant ressource attribué à cette fonction. Cependant, les familles d'accueil peuvent participer à un programme de soutien prénommé « T'as Sa ». Ce groupe vise le soutien auprès des responsables de FA hébergeant au moins un jeune ayant un trouble de l'attachement. Également, à Roberval, il existe une maison de réadaptation (foyer de groupe) en santé mentale pouvant héberger les jeunes éprouvant des symptômes ou un TM. Les services de réadaptation sont dispensés par les éducateurs du CJSLSJ. Bref, même si des services étaient disponibles au moment d'élaborer le programme de stage de pratique spécialisée, des besoins supplémentaires en ce qui

¹ L'équipe multidisciplinaire a été modifiée. Le centre jeunesse du SLSJ dispose de trois psychologues : deux offrant les services aux U.T.I. et un disponible pour les services externes (jeunes n'étant pas hébergés aux U.T.I.) afin de répondre aux besoins reliés aux troubles mentaux des jeunes. L'établissement peut interpeller les services de professionnels spécialisés (pédopsychiatre) en fonction des besoins en présence.

concerne les services de soutien externes aux jeunes ayant des TM et des besoins de protection étaient tout de même observés (Nadeau et al., 2010). Il en allait de même en ce qui concerne le soutien aux familles qui hébergeaient ces jeunes (Nadeau et al., 2010).

1.6 La pertinence de la démarche de stage réalisée

L'objectif de cette démarche de stage, dans le cadre du programme de soutien aux parents aidants : « *Aider... sans se diviser...* », visait donc à augmenter la qualité de la relation et de la communication entre le parent et l'enfant, à offrir des moyens de résoudre les problèmes rencontrés lors de l'insertion dans le milieu de vie ou en situation de maintien dans le milieu familial, ainsi qu'à mieux comprendre la problématique de santé mentale vécue par l'enfant, tout en offrant du soutien aux parents aidants (ventilation et verbalisation sur le vécu). Dans la section précédente, les services offerts par le CJSLSJ au moment de l'élaboration du programme en 2010 ont été décrits et ont permis de constater que le soutien offert était davantage centré sur les jeunes ayant un TM hébergés en CR. Bien qu'un soutien était également offert par l'intervenant ressource ou par l'entremise d'un groupe (T'as Sa) traitant spécifiquement du trouble de l'attachement, aucun service de soutien spécifique offert aux parents naturels aidants de ces jeunes n'était alors dispensé par le CJSLSJ.

Dans l'ensemble, lors de l'élaboration du projet de stage, nous constatons que les parents aidants provenant du milieu naturel ou d'accueil du jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés étaient laissés pratiquement à eux-mêmes. Lors des entrevues effectuées auprès de jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés, de parents naturels et d'accueil de ces jeunes, ainsi qu'auprès de différents intervenants du CJSLSJ (intervenant clinique, ressource, éducateur interne/externe, gestionnaire, etc.), de nombreux besoins ont été identifiés chez ces parents aidants. En voici quelques-uns expliquant l'initiative du stage : l'amélioration des relations familiales, le soutien professionnel (psychosocial et pédopsychiatrique), le

développement de trucs, de formations, de conseils, l'aide éducative, l'augmentation de l'intensité de l'intervention, le *coaching*, l'aide d'un éducateur spécialisé en santé mentale, ainsi que la mise en place de rencontres informatives, individuelles ou de groupe, afin de favoriser la collaboration avec la FA.

La réalité des parents naturels et d'accueil quant à leurs besoins de soutien non répondus est à l'origine de l'élaboration et de la mise en œuvre du stage de pratique spécialisée faisant l'objet de cet essai. La prochaine section permettra de décrire le projet de stage et ses principaux objectifs.

CHAPITRE II

LA DESCRIPTION DU CONTEXTE DE RÉALISATION DU STAGE

Le présent chapitre décrit le milieu de réalisation du stage effectué au printemps, à l'été et à l'automne 2010, ainsi que les services qui y étaient alors dispensés. Par la suite, sont exposés les résultats de l'étude des besoins, ainsi que la description du programme de stage de pratique spécialisée. Enfin, la présentation des approches privilégiées lors du stage, de même que les facteurs facilitant et les obstacles rencontrés lors de la réalisation de celui-ci complètent ce chapitre. Tout en étant conscients que la structure de services a changé depuis, en cohérence avec le projet mené, la structure de services décrite dans ce chapitre est celle qui était en vigueur en 2010, lors de la mise en place du stage de pratique spécialisée.

2.1 La description du milieu organisationnel du stage

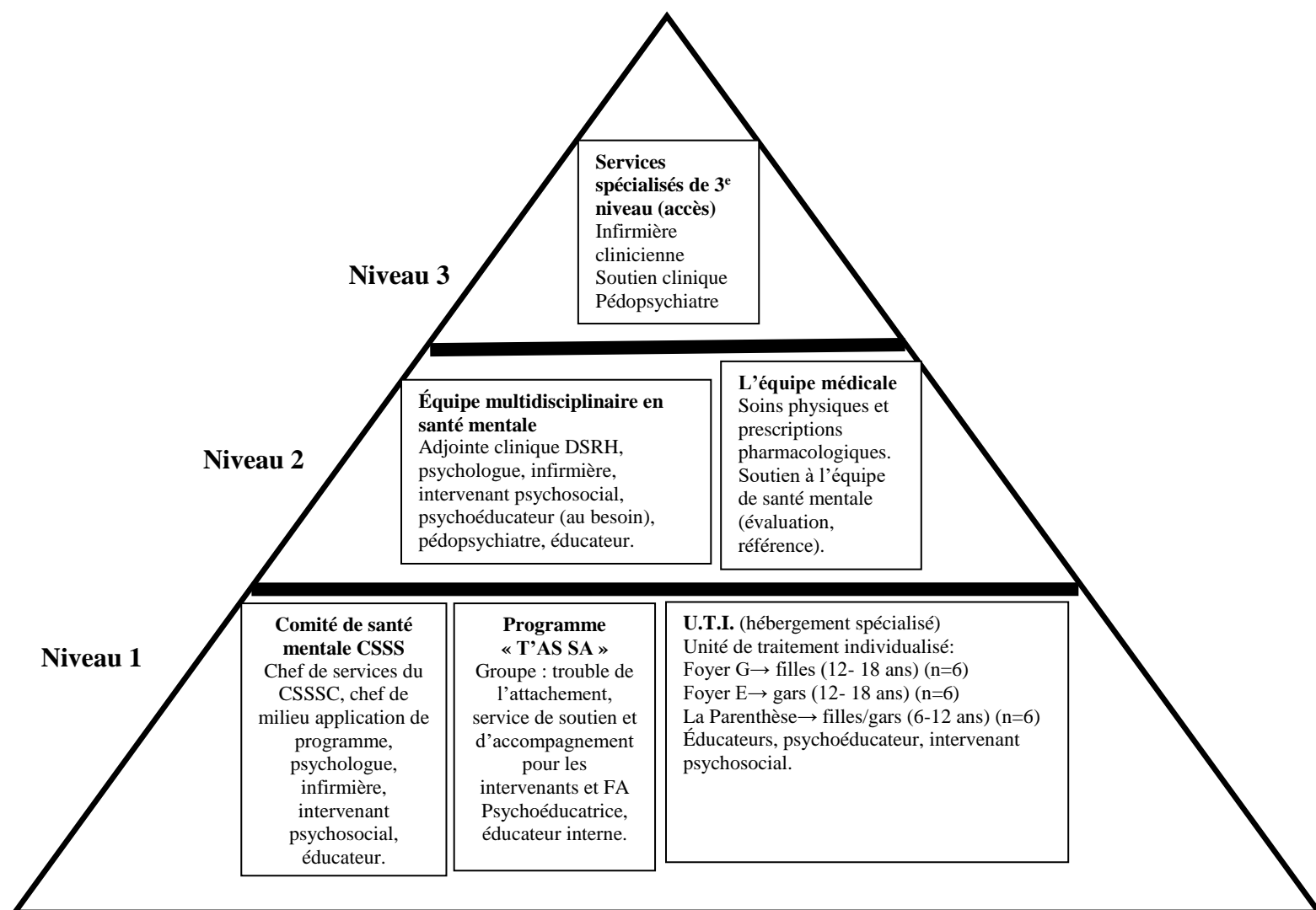
Le stage a été réalisé au Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CJSLSJ) territoire Saguenay, point de services de Chicoutimi². Cet établissement a pour mission : « d'offrir des services de nature psychosociale, d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, requis par la situation d'un jeune » (Le Centre jeunesse Saguenay-Lac-St-Jean, n.d.). Cette mission s'exerce dans un contexte légal bien particulier. En fait, quatre lois distinctes caractérisent le cadre légal de l'intervention offerte par le CJ: la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), la LPJ, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) et le Code civil du Québec. Précisons que cette structure légale priorise l'intérêt de l'enfant dans le but de préserver son développement et sa sécurité. De ce fait, le mandat du CJ est d'intervenir auprès d'un enfant (0-18 ans), ainsi que de ses parents, dont le contexte familial fait l'objet d'une situation de compromission quant à sa sécurité ou à son développement.

² Secteurs desservis: Chicoutimi, Chicoutimi-Nord, Falardeau, Rivière du Moulin, Saint-Honoré et Canton-Tremblay.

De plus, l'enfant peut être victime de négligence, d'abandon ou d'abus (physique ou sexuel) de la part de ses parents ou de son environnement. Cette compromission peut également provenir de l'enfant lui-même de par ses comportements (fugues, tentatives de suicide, abus de drogues, délits criminels). Afin d'éliminer la compromission identifiée auprès de l'enfant, le CJ intervient autant auprès des parents, de la famille, du jeune et de son environnement (site internet CJ Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2014). Pour ce faire, les services offerts par les CJ étaient articulés autour de trois niveaux d'intervention : (a) l'équipe de 1^{er} niveau (intervenant psychosocial, éducateur, psychoéducateur, psychologue, infirmière), (b) l'équipe de 2^{ième} niveau (infirmière de liaison en santé mentale, médecin omnipraticien, psychologue et pédopsychiatre) et (c) l'équipe de 3^{ième} niveau (pédopsychiatre) (Dionne et al., 2008). La figure 1 permet de mieux saisir les types de soutien offerts par les services spécialisés en santé mentale au CJSLSJ, selon les trois niveaux d'interventions.

Lors de l'élaboration du projet de stage de pratique spécialisée, l'offre de services du CJSLSJ était divisée en deux secteurs : (a) la protection de la jeunesse et la contrevenance, ainsi que (b) la réadaptation et l'hébergement. Le premier secteur comprenait différents services, dont : (a) la réception et le traitement des signalements (RTS), (b) l'évaluation et l'orientation des signalements retenus (É/O), (c) l'application de programmes, la révision, l'offre de services aux jeunes contrevenants et (d) les services particuliers (adoption, recherche d'antécédents biologiques, retrouvailles, expertise et urgence sociale). Le deuxième secteur offrait des services d'hébergement (FA, RI, FA banque mixte, appartements supervisés, foyer de groupe et internat) et des suivis de réadaptation externe et interne (unités de réadaptation, centre de jour et réadaptation externe) (Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2006).

Figure 1 : Types de soutien offerts par les services spécialisés en santé mentale au CJSLSJ, selon les trois niveaux d'intervention en 2010



2.2. La description des services disponibles au CJSLSJ afin de répondre aux besoins des jeunes visés par la démarche de stage

Les jeunes ayant au moins une problématique de santé mentale ou des symptômes associés et recevant des services du CJSLSJ peuvent bénéficier d'une aide spécifique à cet égard. Bien que les services spécialisés en santé mentale offerts aux

jeunes et à leurs familles (naturelles ou d'accueil) soient en cours de développement et de perfectionnement, il est possible d'identifier plusieurs ressources actuellement mises en place à l'intérieur du CJ. Dans le cadre de cet essai, six volets de services sont principalement décrits, il s'agit : (a) du comité de santé mentale du centre de santé et des services sociaux (CSM CSSS); (b) du groupe « Trouble de l'attachement, service de soutien et d'accompagnements pour les intervenants et familles d'accueil » (T'as Sa)³; (c) de l'hébergement spécialisé en santé mentale unités à traitement individualisé (U.T.I.); (d) de l'équipe-soutien régionale multidisciplinaire de 2^{ième} niveau sur le suicide et la santé mentale; (e) de l'équipe médicale et (f) des services spécialisés de 3^{ième} niveau : évaluation, hospitalisation et urgence psychiatrique (Annexe A).

D'une part, le CSM CSSS répond au besoin d'accessibilité des services pour les jeunes qui sont en suivi externe au CJ et à la mise en place d'un mécanisme d'accès à des consultations cliniques pour les situations difficiles. Ce comité est composé du chef de service en Santé Mentale Jeunes (SMJ) du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSSC), d'un intervenant-pivot (en l'occurrence le psychologue en SMJ CSSSC), d'un chef d'application de programme milieu provenant du CJ, d'une psychoéducatrice du CSSS SMJ et de l'intervenant impliqué du CJSLSJ. Les quatre principaux objectifs de ce service sont de: (a) déterminer s'il y a des motifs justifiant l'offre des services en santé mentale; (b) d'offrir un soutien clinique aux intervenants du CJ qui font le suivi auprès de jeunes ayant des problématiques de santé mentale; (c) de permettre l'accessibilité de l'expertise en santé mentale aux intervenants du CJ et; (d) de favoriser le développement de l'expertise en santé mentale auprès des intervenants provenant du CJ (Le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007).

³ Depuis la réalisation du stage en 2010, le programme « T'as Sa » est dorénavant bonifié et se nomme, depuis 2012, le programme « Racinn'ailes ».

Le groupe «T’as Sa», quant à lui, vient en aide à plusieurs familles d’accueil qui expriment le besoin d’être guidées dans leurs interventions auprès de jeunes âgés entre 0 et 18 ans suivis par le CJSLSJ et ayant un trouble de l’attachement. Le groupe « T’as Sa » est offert aux responsables de FA par l’entremise d’une psychoéducatrice et d’un éducateur spécialisé en réadaptation interne (au Centre Saint-Georges). Ce groupe poursuit trois principaux objectifs, à savoir : (a) outiller et informer les collaborateurs en ce qui concerne le trouble de l’attachement; (b) accompagner les parents d’accueil et les intervenants; (c) permettre un lieu d’échange favorisant la compréhension de ce qu’est le trouble de l’attachement (cahier du participant).

Pour sa part, l’hébergement spécialisé de l’U.T.I. aide les jeunes qui démontrent une complexité importante quant à leur état de santé mentale en raison des multiples problématiques qui caractérisent leur développement et leur système de fonctionnement. Cette complexité, reconnue chez les intervenants, la famille et leur réseau, amène des effets négatifs considérables lors de l’intervention psychosociale et de la réadaptation. Le service de l’U.T.I. est offert aux jeunes ayant un diagnostic de TM ou en voie d’obtenir un diagnostic. L’environnement est caractérisé par la présence de six jeunes provenant du CR (mais présentant des difficultés de fonctionnement), des ressources intermédiaires, des familles d’accueil ou de leur milieu naturel. C’est à la suite d’une évaluation de l’infirmière clinicienne que les jeunes des unités régulières du CR ont eu accès aux U.T.I. Ce milieu de vie est à la fois accueillant, sécurisant, apaisant en plus d’être stimulant. L’U.T.I. offre des services visant à répondre adéquatement aux besoins spécifiques des jeunes ayant une problématique de santé mentale grave, en plus de leurs troubles de comportements (Simard et al., 2008).

En ce qui concerne l’équipe-soutien régionale multidisciplinaire de 2^e niveau sur le suicide et la santé mentale, il importe de mentionner qu’elle fait référence à la

recommandation⁴ du « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 », qui mettait en évidence l'importance d'offrir des services spécialisés aux jeunes ayant au moins un TM (MSSS, 2005). Une demande de réorganisation des services spécialisés de 2^e ligne était alors mise de l'avant afin de favoriser le partage d'expertises en 1^e ligne. La mise sur pied de cette équipe visait donc à faciliter l'accessibilité des services en santé mentale, un enjeu prioritaire afin d'assurer la continuité et la stabilité de ces services auprès des jeunes ayant au moins un TM. Cette équipe multidisciplinaire est composée spécifiquement d'une adjointe clinique (responsable de l'équipe-soutien régionale), d'une intervenante sociale, d'une éducatrice en CR interne, d'un psychologue et d'une infirmière en santé mentale provenant de l'établissement du CJ. L'équipe-soutien peut compter sur l'appui de deux pédopsychiatres, de deux omnipraticiens et du service infirmier des centres de réadaptation interne. Ainsi, les objectifs de ce soutien multidisciplinaire de 2^e niveau sont de favoriser le partage d'expertise en 1^e ligne, tout en facilitant l'accessibilité des services en santé mentale (Le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, n.d.).

De son côté, l'équipe médicale permet une évaluation de l'état physique et psychologique des jeunes ciblés qui demandent des services de médecins généralistes. La proximité de l'équipe dans les différents établissements du CJSLSJ vient répondre aux conditions spécifiques des jeunes étant hébergés à l'interne. Cette équipe répond aux besoins de soutien et de collaboration lorsque la situation le requiert auprès de l'équipe de santé mentale. Ainsi, des recommandations médicales, des prescriptions pharmacologiques et des références vers les services de pédopsychiatrie peuvent être dispensées par les médecins engagés envers le CJ (Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007).

⁴ La recommandation a été maintenue dans le PASM 2015-2020 (mesure 16, p.38).

Finalement, les services spécialisés de 3^e niveau permettent une évaluation, une hospitalisation et une intervention d'urgence psychiatrique si nécessaire. Ce service fait appel aux compétences d'une infirmière offrant des services spécialisés en santé mentale auprès des jeunes hébergés en CR. Un système de priorisation sur la liste d'attente de la clientèle a été mis en place afin d'assurer les services aux jeunes qui en éprouvent davantage le besoin. En effet, il est établi que la demande effectuée sera inscrite sur la liste d'attente du service et que, par la suite, il y aura une analyse d'offre de service selon des critères de priorisation. Le tableau 1 fait une synthèse des services offerts en santé mentale au CJSLSJ, en indiquant la nature de ces services spécifiquement offerts aux familles aidantes, aux intervenants cliniques et aux jeunes ayant un TM ou des symptômes associés.

Tableau 1 : La présentation des services offerts en santé mentale au CJSLSJ

Service	Description
CSM CSSS	- Disponibilité mensuelle d'une demi-journée.
Groupe« T'as Sa »	- Groupe de discussions dirigées et d'échanges.
U.T.I.	- Unités offrant un code de vie individualisé pour chaque jeune.
Équipe-soutien régionale multidisciplinaire de 2e niveau sur le suicide et la santé mentale	- Discussions multidisciplinaires; - Suivis hebdomadaires; - Relance des propos discutés; - Préparation des dossiers des jeunes et présentation du dossier; - Tests psychologiques; - Observations spécifiques, consultations médicales et médication; - Atelier sur l'intervention de crise; - Consultations d'équipe ou individuelles; - Plans de traitement individualisé (intervention suicidaire); - Évaluations d'admissibilité aux U.T.I.; - Suivis dispensés aux jeunes hospitalisés.
Équipe médicale	- Recommandations médicales; - Prescriptions pharmacologiques; - Références vers les services de pédopsychiatrie; - Évaluation de l'état de santé générale et psychologique du jeune; - Suivi des protocoles d'interventions (problématique suicidaire); - Références médicales; - Entretiens médicaux en CR.
Services spécialisés de 3e niveau	- Rencontres avec les jeunes; - Inscription de la demande sur la liste d'attente du service; - Analyse des critères de priorisation.

2.3 La mise en place d'un programme de soutien aux familles

Afin d'appuyer la démarche entreprise pour élaborer un programme de soutien aux familles, certains écrits ont été recensés et ont permis d'identifier les principales recommandations à suivre. D'abord, il importe de noter que les orientations provinciales proposées dans le cadre du plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) appuyaient favorablement la mise en place de différents programmes pour les jeunes ayant des TM (d'accessibilité, de continuité et de qualité des services). Dans la mise en œuvre de ce plan d'action, plusieurs professionnels spécifiques en santé mentale provenant de chaque secteur d'intervention (CSSS, services spécialisés, services surspécialisés) ont été sollicités afin de mettre à contribution leur expertise dans le but d'atteindre les objectifs gouvernementaux (MSSS, 2005). Effectivement, lors des rencontres de bilans effectuées au Saguenay par l'équipe-soutien régionale multidisciplinaire de 2^e niveau sur le suicide et la santé mentale du SLSJ, plusieurs recommandations ont été mentionnées afin d'améliorer les services offerts (Simard, 2008; Simard, 2009). Ces recommandations peuvent être résumées en sept grandes idées :

- Inscrire directement les demandes de services par l'infirmière de liaison CJ sur la liste d'attente de services offerts par le Pavillon Roland Saucier (PRS);
- Augmenter les heures de disponibilité du psychologue quant au soutien offert à l'interne (CR) et à l'externe, compte tenu du besoin important de consultation et de soutien des intervenants;
- Soutenir les équipes de travail en interne et faire en sorte que la spécialisation des services soit répondue par un psychologue attitré spécifiquement à cette fonction;
- Augmenter les heures de disponibilité de l'infirmière en santé physique au CR La Chesnaie et ajouter une infirmière auxiliaire au centre St-Georges en raison du grand nombre de jeunes prenant une médication (lors de la deuxième année d'implantation de l'équipe-soutien en santé mentale);
- Ajouter une journée supplémentaire à la présence du médecin en CR interne du SLSJ;
- Libérer du temps pour l'infirmière clinicienne de 2^e niveau afin qu'elle puisse réaliser davantage de consultations dans les équipes de travail;

- Mettre en place des hébergements externes spécifiques (FA ou RI) destinés aux jeunes multiproblématiques qui doivent bénéficier d'un soutien clinique, de réadaptation et de formation pour maximiser les réussites de réintégration.

Notons qu'au moment d'implanter le projet de stage, certaines de ces recommandations avaient été respectées, telles que l'ajout d'une journée par semaine d'un médecin, l'augmentation du temps de soutien de l'infirmière en santé physique (passant d'une journée à quatre journées) au CR La Chesnaie, ainsi que la possibilité de consulter, au besoin, un médecin pour la clientèle au CR La Chesnaie. De plus, une infirmière auxiliaire avait été ajoutée à l'équipe de travail, à raison de trois jours par semaine, au centre St-Georges.

Lors de la recension des programmes disponibles au CJSLSJ quant à la problématique du TM chez les jeunes recevant des services en PJ, il a été possible de constater, entre autre, l'existence d'un soutien de groupe spécialisé au trouble de l'attachement. De plus, l'intervenant social pouvait assumer la responsabilité d'offrir un soutien individuel au parent aidant dans le cadre de son suivi psychosocial. Cependant, il ne s'agissait pas d'un soutien spécialisé aux TM, mais plutôt spécialisé selon la LPJ. Cela restait à la discrétion de l'intervenant social d'effectuer ce soutien en lien avec le TM identifié, et ce, tout en considérant plusieurs facteurs (temps, connaissance, motivation, priorité d'intervention, etc.). Cette réalité quant à la dispensation du soutien offert par l'intervenant au parent aidant a été constatée par l'intervenante-stagiaire lors de la mise en action du premier objectif du stage, qui visait à connaître les services de santé mentale offerts par le CJ.

Le stage de pratique spécialisée dont il est question dans cet essai a été élaboré en tenant compte de plusieurs recommandations formulées dans les rapports abordés précédemment. En effet, il visait à répondre aux besoins des familles naturelles et d'accueil en leur offrant des services psychoéducatifs en santé mentale favorisant : (a)

une meilleure compréhension du TM ou des symptômes associés, (b) l'amélioration du bien-être et de l'efficacité parentale, et (c) le soutien des parents aidants lorsque le jeune souffre d'un TM ou des symptômes associés recevant des services du CJSLSJ. La pertinence d'élaborer un programme de soutien individualisé reposait, d'abord et avant tout, sur l'absence de services spécialisés disponibles pour les parents aidants, afin de leur permettre de développer davantage leurs connaissances et d'augmenter leurs capacités à intervenir auprès d'un jeune ayant un TM ou des symptômes associés. Parallèlement à ces recommandations, Martel et Harton (2005) mettaient également en lumière, dans un document de travail, certains besoins et recommandations dans la mise en place d'outils cliniques en lien avec le service en santé mentale au CJSLSJ. Ces auteurs recommandaient, en premier lieu, de favoriser l'approche de l'empowerment afin d'améliorer les relations familiales et la reprise de pouvoir des parents sur la situation. En deuxième lieu, il était recommandé d'offrir un enseignement auprès des familles en lien avec le TM présent chez le jeune. Finalement, ces auteurs soulignaient que le soutien auprès de la famille devait avoir pour objectif d'améliorer les « habiletés parentales, de résolution de problèmes, de communication et de lien d'attachement » (Martel et Harton, 2005, p.27).

Le programme de soutien aux parents a été présenté à chacun des secteurs et sous-secteurs de l'établissement et, de ce fait, a été offert à tous les parents recevant les services du CJSLSJ, point de services de Chicoutimi. Le stage de maîtrise en travail social a été réalisé sous la supervision de madame Mélanie Martel (travailleuse sociale au CJSLSJ), ainsi que de madame Christiane Bergeron-Leclerc et de madame Eve Pouliot, codirectrices du présent essai et professeures à l'Université du Québec à Chicoutimi. Le stage, d'une durée de 450 heures, a débuté le 19 avril 2010 et a pris fin le 22 octobre 2010. Précisons que du 19 avril au 24 mai, 35 heures par semaine furent consacrées au stage. Par la suite, à temps partiel, une moyenne de d'environ de 12,5 heures par semaine y ont été dédiées.

2.4 Les objectifs visés par le stage

Ce stage de pratique spécialisée visait l'implantation d'un programme de soutien aux familles vivant avec un jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. Plus spécifiquement, les objectifs visés dans le cadre de ce stage en travail social sont au nombre de cinq. Dans le but d'atteindre chacun de ces objectifs, plusieurs activités ont été réalisées au cours du stage. Cette section expose donc les différents objectifs poursuivis par la démarche de stage et, pour chacun d'eux, les moyens mis de l'avant pour les atteindre.

Le premier objectif du stage de pratique spécialisée visait à connaître les services de santé mentale offerts par le CJSLSJ. Pour ce faire, plusieurs lectures ont été effectuées à l'aide de la documentation disponible dans le milieu organisationnel afin de mettre en lumière les différentes politiques et orientations utilisées par le CJ afin de soutenir les jeunes ayant des TM et leurs familles. Parallèlement à ces lectures, plusieurs rencontres avec des intervenants et des gestionnaires du CJ ont été réalisées. Une première phase de collecte de données a été réalisée au moyen de rencontres (n=7) avec les intervenants du CJSLSJ offrant du soutien aux parents aidants et aux jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés. D'autre part, les informations recueillies lors de réunions d'équipe de quelques secteurs d'interventions (CR (n=3), ressources (n=3), application des programmes (n=2), évaluation (n=1), équipe multidisciplinaire (n=2), psychologue et infirmière SM de liaison (n=1)), de même que les entrevues réalisées avec différents intervenants de la Direction en santé mentale et organisationnelle (n=6) et des services à l'application de programmes de l'établissement (n=3) ont permis de saisir davantage la perception que les cliniciens ont des besoins des parents aidants et de ces jeunes. Ainsi, une description détaillée des services et des niveaux d'intervention auprès d'un jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés a été effectuée. Cette étape a permis de documenter l'ensemble des services disponibles pour répondre aux besoins de ces parents et de ces jeunes.

La description du processus de soutien pour les parents aidants de ces jeunes constituait le deuxième objectif du stage. La réalisation de plusieurs rencontres a permis de schématiser la trajectoire de services offerts par le CJSLSJ aux parents aidants et aux jeunes (Annexe B). Par la suite, la visite de différents lieux d'hébergements (foyer de groupe et unité de traitement individualisé) a permis à l'étudiante-stagiaire de prendre connaissance des services offerts. Ainsi, une description détaillée du soutien offert et du type de clientèle recevant ce service a pu être réalisée. De plus, l'observation de certaines interventions réalisées dans le cadre d'un programme offert en santé mentale (programme « T'as Sa ») et la participation au comité de santé mentale du CSSS, ont davantage mis en relief le soutien mis en place aux parents aidants et aux intervenants du CJSLSJ.

De son côté, le troisième objectif du stage visait à évaluer les besoins de différents groupes d'acteurs impliqués auprès des jeunes ayant des TM ou des symptômes associés. Afin d'atteindre cet objectif, des entrevues téléphoniques (n=3) ont été réalisées avec la directrice du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires du CJ de Québec, le directeur du programme clinique du CJ de Lanaudière, et une chercheuse du CJ de Québec. Des entrevues individuelles (n=6) avec différents acteurs du réseau (éducatrice au CSSSC, psychologue, infirmière, etc.) ont également été réalisées. En outre, les entrevues individuelles avec les familles d'accueil sélectionnées (n=2), les parents naturels (n=5), ainsi que certains jeunes volontaires (n=4) ont aidé l'intervenante-stagiaire à évaluer et à identifier précisément les besoins actuels des parents aidants. Également, les discussions hebdomadaires avec la superviseuse de stage et les rencontres de suivi avec les codirectrices de cet essai ont apporté des réflexions, des questionnements et une objectivité constante dans l'élaboration du stage. Cette évaluation des besoins et la description du processus de soutien existant ont favorisé la mise en place d'un programme d'intervention approprié à la clientèle cible. La réalisation de ces trois premiers objectifs de stage a permis de

développer un processus d'intervention répondant aux jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés et qui bénéficient d'un soutien particulier d'un parent aidant.

La mise sur pied du programme auprès de familles recevant les services du CJSLSJ constituait le quatrième objectif du stage. Pour ce faire, l'étudiante-stagiaire a d'abord recensé les écrits disponibles en ce qui concerne différentes techniques d'entrevues de soutien, pour ensuite utiliser ces techniques afin de soutenir les parents rencontrés. Le programme mis en place s'inspirait de quatre grandes approches : (a) systémique, (b) psychoéduative, (c) centrée sur les forces et (d) centrée sur les solutions. Cette étape a permis à l'intervenante-stagiaire de faire preuve d'une importante capacité d'adaptation et d'ouverture d'esprit dans le but de mettre en œuvre un programme répondant aux besoins de la clientèle spécifique. Plusieurs techniques d'entrevues ont été exploitées lors de la réalisation du programme de soutien individuel, notamment la clarification, la ventilation, le soutien, la rationalisation, la recherche de solutions et les références vers la communauté. De plus, cette étape a été caractérisée par un souci de maintenir une communication entre l'intervenant responsable du jeune et l'intervenante-stagiaire. Ainsi, à l'aide d'un rapport d'évolution de la participation du parent aidant, l'intervenant a été informé des étapes réalisées et des informations transmises au parent aidant lors des rencontres effectuées dans le cadre du programme de soutien. L'intervenant pouvait y retrouver les sujets abordés, le nombre de rencontres réalisées, la date et heure de la prochaine rencontre, des sujets à venir et les coordonnées de l'intervenante-stagiaire responsable du programme pour obtenir davantage d'informations si nécessaires.

Enfin, le dernier objectif réalisé dans le cadre du stage consistait à évaluer la satisfaction des personnes aidantes en lien avec le programme dispensé. C'est à l'aide de deux questionnaires, destinés aux participants et aux intervenants, que l'évaluation du programme s'est construite. Il a ainsi été possible d'analyser le contenu du programme

par des questionnements en lien avec différents volets, notamment en ce qui concerne ses impacts sur le TM du jeune ou des symptômes associés, sur le rôle du parent aidant et sur l'environnement de la famille. Cette démarche a permis de proposer des recommandations afin de maintenir le projet, de sorte que celui-ci constitue une valeur ajoutée aux services déjà offerts par le CJSLSJ. Le tableau 2 présente chacun des objectifs spécifiques du stage de pratique spécialisée, les moyens qui ont été mis en œuvre pour les atteindre de même que les indicateurs d'atteinte de résultats.

Tableau 2 : Les objectifs spécifiques du stage de pratique spécialisée et moyens associés

Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure
1) Connaître les services de santé mentale qui sont offerts au CJ.	<ul style="list-style-type: none"> - Lire les politiques internes et gouvernementales concernant les services de santé mentale offerts en CJ; - Rencontrer le gestionnaire responsable de l'application des programmes de santé mentale (n=1); - Rencontrer les intervenants (n=10) qui travaillent auprès de parents aidants de jeunes ayant des TM ou des symptômes associés; - Discussions avec le superviseur de stage. 	Décrire, à l'intérieur d'un rapport de cinq à 10 pages, l'ensemble des services disponibles pour répondre aux besoins des jeunes ayant des TM ou des symptômes associés, de même que les forces et limites associées à leur dispensation.
2) Décrire le processus de soutien pour les parents aidants ayant des jeunes avec au moins un TM ou des symptômes associés.	<ul style="list-style-type: none"> - Lire les documents décrivant la procédure de soutien à l'époque de la mise en œuvre du stage; - Identifier les intervenants qui procèdent à l'intégration des jeunes ayant des TM ou des symptômes associés dans leur famille; - Rencontrer les intervenants-ressources (n=3) pour discuter de la procédure d'intégration des jeunes; - Rencontrer les FA (n=4) qui hébergent des jeunes ayant des TM ou des symptômes associés; - Discussions avec le superviseur de stage. 	<p>Décrire, à l'intérieur d'un rapport, le processus de soutien offert aux parents aidants des jeunes. Ce rapport devait contenir :</p> <p>a) Un schéma décrivant les principales étapes du processus; de même que la contribution des différents acteurs impliqués;</p> <p>b) Une description des facteurs qui facilitent et nuisent à ce processus;</p> <p>c) Une description des moyens mis en œuvre pour soutenir les parents aidants.</p>
3) Évaluer les besoins de différents groupes d'acteurs impliqués auprès des jeunes ayant des TM ou des symptômes associés.	<ul style="list-style-type: none"> - Lectures sur les besoins rencontrés par les parents aidants; - Effectuer des entrevues individuelles avec les parents naturels (n=5); - Effectuer des entrevues individuelles avec les parents d'accueil (n=4); - Effectuer des entrevues individuelles avec des jeunes ayant au moins un TM (n=4); - Effectuer des entrevues individuelles ou de groupe avec les intervenants-cliniques (n=7); - Effectuer des contacts téléphoniques avec des spécialistes (exemple : chercheurs, gestionnaire du CJQ, Campus des Quatre-vents), qui pouvaient être utiles dans l'étude des besoins (n=3); - Discussions avec le superviseur de stage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recension des écrits sur les besoins rencontrés par les parents aidants. - Compte-rendu des besoins identifiés par les différents groupes d'acteurs rencontrés. - Journal de bord décrivant les différentes étapes de l'évaluation des besoins.
4) Développer et mettre en œuvre un programme d'intervention individuelle destiné aux parents aidants ayant des jeunes avec au moins un TM ou des symptômes associés.	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un processus d'intervention approprié aux besoins des parents aidants ciblés; - Soutenir les parents aidants qui hébergent des jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés; - Lire sur les techniques d'entrevues favorisant le soutien; - Collaborer avec l'intervenant-ressource et l'intervenant de l'UTI; - Discussions avec le superviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Notes évolutives des rencontres effectuées. - Préparation des entretiens avec les parents aidants en besoin (objectifs, ressources, questions à investiguer, etc.). - Grille d'évaluation.
5) Évaluer la satisfaction des parents aidants face au programme d'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un guide d'entrevue ou un questionnaire d'évaluation de la satisfaction; - Compiler les données; - Discussions avec le superviseur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport décrivant les résultats de l'étude de satisfaction. - Faire une échelle ou un tableau démontrant la satisfaction des parents aidants face au suivi individuel.

2.5 La description du projet d'intervention

Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'impliquer le parent aidant dans le processus de rétablissement d'une personne souffrant d'un TM (Azocar et al., 2007; Beaudoin et al., 2000; Byrne et Lemay, 2007; Caron et al., 2005; Chamberland et al., 2007; Nadeau, Bergeron-Leclerc, Dufour et Pouliot, 2012; Perreault et al., 2002; Piat et al., 2005; Saint-Jacques et al., 2000). Dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée, l'étude des besoins réalisée a également révélé cet état de fait auprès de tous les acteurs interpellés (voir le chapitre 4 – section 1). Ainsi, le programme d'intervention mis sur pied se voulait un service de soutien individualisé et personnalisé aux besoins du parent aidant. La sélection des participants au programme s'est réalisée par une invitation sur une base volontaire. Quatre objectifs ont été ciblés afin de mieux soutenir le parent significatif auprès du jeune, qu'il soit le parent naturel ou le parent d'accueil : (a) augmenter la qualité de la relation et de la communication entre le parent et l'enfant; (b) offrir des moyens afin de résoudre les problèmes rencontrés lors de l'insertion dans le milieu de vie ou en situation de maintien dans le milieu familial; (c) permettre au parent de mieux comprendre la problématique de santé mentale vécue par l'enfant; et (d) offrir du soutien (informationnel, référence au réseau social, d'intervention et de compétence) aux parents aidants.

2.5.1 Les activités cliniques réalisées

Concrètement, le programme d'intervention développé en cours de stage comprenait trois phases : (a) l'évaluation des besoins des parents aidants (rencontre 1), (b) le soutien éducatif à domicile (rencontres 2 et 3) et (c) le bilan de l'intervention (rencontres 4 et 5). Une possibilité de cinq rencontres individuelles de soutien était offerte aux parents aidants dans le cadre du programme de soutien.

D'abord, la phase d'évaluation des besoins a permis d'identifier les besoins spécifiques de chacun des parents (n=6) lors de la première rencontre individuelle. À

l'aide de la passation des questionnaires du bien-être comme parent, de l'efficacité parentale et de la fiche de collecte d'informations, il a été possible de faire ressortir les forces et les besoins des participants. Les demandes exprimées concernaient principalement le fait d'offrir de la documentation en lien avec le TM (ou ses symptômes associés) de l'enfant : trouble de personnalité narcissique (n=1), TDA (n=3) et trouble anxieux (n=2). Les participants mentionnaient également la nécessité d'être mieux informés des interventions spécialisées à privilégier ainsi que des techniques pouvant améliorer la communication et la relation entre le parent aidant et l'enfant. Enfin, une meilleure connaissance des ressources disponibles et la demande de soutien parental ont également été ciblés par les parents comme des besoins importants.

Cette phase du programme a été réalisée lors de la première entrevue individuelle offerte dans le cadre du stage de pratique spécialisée, et ce, auprès des six participants. Ensuite, la deuxième phase, soit le soutien éducatif à domicile, a été réalisée individuellement, lors des deux rencontres suivantes. En somme, 11 rencontres sur une possibilité de 12 ont été effectuées. De plus, lors des dernières rencontres (4^e et 5^e), il était possible de transmettre aux parents participants les informations relatives aux différentes ressources associées aux TM ou aux symptômes associés. Selon les besoins du participant, il était aussi possible de visiter une ressource associée au TM discuté lors des rencontres précédentes. Cette dernière phase impliquait, pour chaque participant, de remplir à nouveau deux questionnaires afin de documenter les retombées éventuelles de l'intervention sur son bien-être comme parent et son sentiment d'efficacité parentale.

Le tableau 3 fait une synthèse de ces trois phases d'intervention réalisées dans le cadre du programme, tout en précisant les caractéristiques liées à leur réalisation.

**Tableau 3 : Les activités réalisées dans le cadre du programme de soutien aux parents aidants
" Aider... sans se diviser "**

Phases	Nombre de rencontres	Objectifs	Moyens
Phase 1 : Évaluation des besoins	1	<ul style="list-style-type: none"> -Soutenir le parent aidant; -Identifier les forces du parent aidant; -Identifier les besoins; -Identifier les problématiques; -Renforcer le parent aidant; -Établir un plan de soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> -Prise de contact et mise en place d'une relation aidante; -Présentation détaillée du programme; -Discussion et partage des connaissances du parent aidant en lien avec le TM identifié; -Collecte d'informations; -Passation de questionnaires d'évaluation sur le bien-être parental et l'efficacité parentale; -Choix de l'objectif de la semaine et planification du prochain rendez-vous; -Renforcement verbal, attitude empathique et écoute active de l'intervenante-stagiaire.
Phase 2 : soutien éducatif	2	<ul style="list-style-type: none"> -Offrir de la documentation; -Améliorer la communication; -Comprendre le trouble et connaître les interventions associées; -Donner du soutien clinique, transmettre de l'information écrite; -Soutenir le parent aidant; -Identifier les forces du parent aidant; -Renforcer le parent aidant. 	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil et période de ventilation du vécu; -Présentation de la documentation demandée; -Période de questions, de discussions et mise en relief des forces du parent aidant; -Retour sur la rencontre; -Choix de l'objectif de la semaine et planification du prochain rendez-vous; -Renforcement verbal, attitude empathique et écoute active de l'intervenante-stagiaire.
Phase 3: Référence aux ressources	2	<ul style="list-style-type: none"> -Préciser les ressources disponibles; -Effectuer une visite des lieux et des services d'un organisme; -Soutenir le parent aidant; -Identifier les forces du parent aidant; -Renforcer le parent aidant. 	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil et période de ventilation du vécu; -Période de questions, de discussions et mise en relief des forces du parent aidant; -Retour sur la rencontre; -Collecte d'informations; -Passation de questionnaires d'évaluation sur le bien-être parental, l'efficacité parentale et de la satisfaction du participant; -Choix de l'objectif de la semaine et planification du prochain rendez-vous; -Renforcement verbal, empathie et écoute active de l'intervenante-stagiaire.

2.5.2 La description des approches d'intervention privilégiées

En centre jeunesse, l'approche de base prônée en intervention psychosociale est celle dite « systémique » (Boislard, Dallaire, Lessard, Levert et Michelin, 2008; Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean, 2006; Roc, 2009). L'analyse des différentes sphères de la vie de la personne ainsi que de ses interactions vient alimenter les objectifs d'intervention du travailleur social. Cependant, l'utilisation d'approches complémentaires peut permettre une meilleure réponse aux besoins multiples et complexes de la clientèle en protection de la jeunesse. Cette section présente donc brièvement les trois approches complémentaires utilisées dans le cadre du présent programme de soutien, soit l'approche centrée sur les forces, l'approche psychoéducative et l'approche centrée sur les solutions.

2.5.2.1 L'approche centrée sur les forces

En premier lieu, l'approche centrée sur les forces a permis de cibler les compétences des parents aidants, tout en favorisant l'utilisation des ressources disponibles dans leur milieu. De cette manière, un lien de soutien a pu être créé entre l'intervenante-stagiaire et le parent aidant puisque ce dernier a, dès le départ, été reconnu comme étant la personne connaissant le mieux la personne aidée : le jeune. L'intervenante-stagiaire du programme est donc devenue un « outil » pour le parent aidant. Ainsi, le parent a bénéficié des services de l'intervenante-stagiaire dans l'objectif de répondre aux besoins exprimés en lien avec le TM ou les symptômes associés de son jeune. Ce dernier a pris du pouvoir sur la situation difficile à gérer en utilisant les connaissances théoriques et les techniques dispensées par l'intervenante-stagiaire.

Selon Saint-Jacques, Turcotte et Beaudoin (2006), l'approche centrée sur les forces a émergé au début des années 1980, en lien avec les travaux de l'Université du Kansas. Toutefois, Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot (2008) rapportent que cette philosophie d'intervention était présente beaucoup plus tôt, notamment dans les travaux de Lewin (1938) et de Maslow (1954). L'approche centrée sur les forces et les compétences est, en fait, le fruit de la transformation des pratiques sociales auprès des parents (Pouliot, Turcotte et Monette, 2009). Ainsi, l'intervenant de notre ère est

maintenant soucieux de favoriser « l'empowerment » et d'accroître les forces et les compétences des parents dans leur rôle auprès de leurs enfants. Cette nouvelle philosophie d'intervention vient maximiser le partenariat et la collaboration de l'intervenant avec les familles, dans le but de « prévenir le placement en intervenant directement dans le milieu familial à l'aide d'interventions préventives et curatives » (Pouliot et al., 2009, p. 9). Cette approche est intéressante, puisqu'elle met l'accent sur le développement et les capacités de l'individu. À cet égard, Saleebey (1996, p.302) souligne : « afin de construire quelque chose de significativement durable avec des clients, les intervenants doivent utiliser leur expertise dans le service afin d'exploiter les ressources du client, les talents, les connaissances et la motivation, aussi bien que l'investissement de leur environnement » [traduction libre]. Saleebey (1996) exprime ainsi l'importance de créer un lien entre l'intervenant et le client, en favorisant le développement de ce dernier par le biais de ses ressources internes (talents, connaissances, motivations, etc.), tout en favorisant ses interactions avec son environnement.

Les interventions reliées à l'approche centrée sur les forces sont axées sur la capacité de la personne à obtenir une qualité de vie satisfaisante, tout en mettant en évidence les forces de celle-ci (individuelles et environnementales) afin qu'elle puisse les utiliser (Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2008). Il existe neuf principaux postulats reliés à cette approche : (a) la qualité des milieux (vie, travail/scolaire, social, santé, financier et loisir) exploités par la personne détermine son taux de réalisation, sa qualité de vie et son succès; (b) les objectifs et les rêves correspondent à la personne qui réussit; (c) les forces de la personne sont une source afin de combler ses désirs; (d) la personne démontre du courage pour réaliser son objectif; (e) la personne qui réussit poursuit constamment un objectif, un savoir-faire et la bravoure d'en faire plus; (f) l'accessibilité aux ressources permettant cette réussite est à la disposition de la personne; (g) la personne en contexte de succès entretient au moins une relation importante avec une autre personne; (h) les opportunités offertes à la personne augmentent la réussite de celle-ci; (i)

la personne qui s'accomplit par la réussite utilise les ressources, les opportunités ainsi que les relations significatives pour y arriver (Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2008).

Afin de mettre en pratique efficacement l'approche centrée sur les forces, une méthodologie d'intervention est proposée. D'abord, il est primordial d'établir une relation avec la personne aidée afin de développer une collaboration avec elle. Cette relation doit être construite dans un engagement, qui est favorisé par l'entente mutuelle, la concrétisation d'activités dès le début des rencontres, la discussion et l'empathie, ainsi que le renforcement. Également, cette entente relationnelle doit comporter les attentes en lien avec l'intervention dispensée, l'exploitation des occasions pouvant mettre en relief les forces de la personne et de son milieu, ainsi que la possibilité de recourir à une personne-ressource si la personne interpellée dans l'intervention présente un engagement incertain. L'intervenant doit exploiter trois types de ressources chez la personne aidée : (a) les ressources interpersonnelles, (b) les ressources internes et (c) les ressources externes. Plusieurs façons de faire sont proposées afin de maximiser le potentiel de ces ressources. Entre autre, pour développer les ressources interpersonnelles, il est important de croire aux forces de la personne, de ne pas juger, ainsi que d'accepter la personne et les échecs vécus. En ce qui concerne les ressources internes, il est suggéré d'aider la personne à développer des perceptions positives, de susciter l'émergence de ses expériences de réussite, ainsi que de favoriser l'acceptation chez elle de ses propres limites. Afin d'exploiter le dernier type de ressources, les ressources externes, il est recommandé de transmettre des connaissances face à la maladie, de favoriser le soutien familial, et d'encourager l'engagement de la personne au programme psychoéducatif (Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2008).

Ensuite, une évaluation des forces de la personne s'impose. Pour ce faire, l'intervenant doit identifier tant les forces individuelles qu'environnementales de cette dernière. L'intervenant reconnaît, soulève et note les compétences, les réalisations, les acquis, les intérêts, ainsi que les organismes utilisés, et ce, dans chacune des sphères de l'environnement immédiat de la personne (milieu de vie, social, travail/étude, loisir,

financier, santé). À cette étape, l'intervenant peut solliciter le soutien professionnel de son organisation afin de maximiser l'identification de ces forces (Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2008.). À la suite de cette étape, une planification est établie entre l'intervenant et la personne aidée. Ainsi, les objectifs de travail sont établis (à court et long termes), en se centrant sur les forces de la personne. L'avant dernière étape vise à obtenir des ressources de l'environnement afin de maximiser le respect des droits et l'atteinte des buts fixés par la personne. Pour terminer, cette approche prend fin lorsque la personne impliquée se détache du programme. Cette étape permet à l'intervenant de constater le potentiel de la personne à utiliser les ressources favorisant son indépendance et son inclusion sociale (Beaumont et Bergeron-Leclerc, 2012). En somme, cette approche centrée sur les forces permet de diminuer le fardeau, de diminuer les symptômes du TM familial, de diminuer les hospitalisations et d'augmenter l'autonomie (Macias, Kinney, Farley, Jackson et Vos, 1994).

2.5.2.2 L'approche psychoéducative

En deuxième lieu, l'approche psychoéducative a également été utilisée dans l'élaboration et l'application du programme de soutien offert aux parents aidants. L'intervention psychoéducative, combinée à l'approche centrée sur les forces, permet de mieux utiliser les compétences et les forces identifiées du parent aidant. Cette meilleure connaissance du parent aidant peut influencer positivement son interaction avec le jeune ayant un TM ou des symptômes associés. MacFarlane (2002a; 2002b) propose une intervention psychoéducative afin d'informer, de transmettre des connaissances et de proposer des interventions efficaces en ce qui concerne le TM. Ainsi, le parent aidant est davantage en mesure de saisir et contrôler le trouble présenté (Cassen et Delile, 2007).

Cette approche a été développée au milieu des années 50, sous l'influence de Piaget et d'Érickson (Beaudoin, 2007). Gendreau (2001, p. 15) décrit l'intervention psychoéducative comme étant : « une intervention spécialisée qui, en utilisant le milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation, accompagne et

soutient ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage ».

Pour sa part, Guindon (1998) affirme que l'approche psychoéducative est appliquée de façon à ce que l'intervenant considère la personne comme étant entière et en interaction avec son environnement. Ainsi, cette philosophie d'intervention considère la personne selon son développement global (affectif, cognitif, social, physique et spirituel), comme étant en relation avec son environnement, tout en prenant en compte les influences (sociale, géographique, politique et économique) de ce dernier. La personne entière cherche donc à former un tout avec son environnement exploité (Guindon, 1998).

2.5.2.3 L'approche centrée sur les solutions

En troisième lieu, l'approche centrée sur les solutions a été créée par Steeve de Shazer (1985, 1988, 1991) et des intervenants du *Brief Family Center* de Milwaukee. Ce modèle d'intervention s'inspire de la thérapie familiale (Berg, 1996, 2001). Cependant, la notion de changement est envisagée de façon différente de celle de la thérapie familiale. La thérapie centrée sur les solutions envisage le changement comme étant un processus constant et inévitable. En fait, cette vision thérapeutique consiste à construire une solution au lieu d'éliminer la problématique identifiée. L'utilisation du renforcement de ce qui fonctionne déjà ou de ce qui a déjà fonctionné et de modifier un problème réel constituent les prémisses de cette approche. Ainsi, l'intervenant social amène le parent à reproduire les actions qui fonctionnent auprès de son enfant au lieu d'essayer d'introduire de nouvelles stratégies que le parent ne connaît pas. L'intervention privilégie la collaboration de la famille quant à l'offre de solutions à prodiguer. Un travail d'équipe entre l'intervenant et le parent est mis de l'avant, afin d'en ressortir le plan d'intervention souhaité. Les objectifs de cette approche consistent à renforcer la famille et à augmenter le sentiment de contrôle des membres de celle-ci, en relevant leurs compétences à diriger leur vie et en limitant les interventions extérieures à la cellule familiale (Berg, 1996, 2001).

Également, cette approche favorise l'émergence de solutions émises par le parent, ce qui permet un changement plus rapide dans le système familial, tout en diminuant considérablement le retour de la problématique une fois que celle-ci est résolue. L'intervenant social devient ainsi un agent facilitateur pour le parent, puisqu'il mise sur : (a) la répétition des changements bénéfiques effectués dans le passé par le parent, (b) l'émergence de solutions inventives et (c) l'utilisation de questions constructives permettant au parent de trouver sa propre solution (Berg, 1996, 2001).

L'utilisation de ces trois approches complémentaires a permis au programme d'offrir un soutien au parent aidant tout en considérant : (a) sa capacité de reprendre du pouvoir sur la situation, (b) sa capacité à retrouver son équilibre personnel et celui de son environnement (famille), (c) sa capacité d'augmenter l'utilisation de ses compétences par l'entremise de la relation établie avec l'intervenante-stagiaire, (d) sa capacité d'entrer en relation avec son environnement (familial, social) et (e) sa capacité à retrouver un équilibre entre lui-même et le jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. L'approche psychoéducative considère la personne en interaction avec son entourage. De ce fait, les forces, les compétences et les capacités du parent aidant sont exploitées afin de diminuer sa culpabilité et l'ampleur de la problématique rencontrée, tout en augmentant les connaissances et l'efficacité des interventions posées envers le jeune. Enfin, l'approche centrée sur les solutions permet au parent aidant d'être partie prenante de la solution et de la reprise de contrôle du système familial ou de la situation problématique vécue avec le jeune. Le parent aidant devient l'outil principal générant les solutions.

CHAPITRE III

LA MÉTHODOLOGIE DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

Ce chapitre présente la méthodologie employée afin d'implanter et d'évaluer l'intervention⁵ réalisée dans le cadre du stage de pratique spécialisée. La démarche d'évaluation entreprise dans le cadre du stage s'est effectuée en deux phases. D'une part, une analyse des besoins a été effectuée afin de déterminer les meilleures orientations à donner au programme d'intervention. D'autre part, une fois le programme mis en branle, des mesures ont été utilisées afin de rendre compte du cheminement des participants tout au long de la démarche de stage, en documentant leur point de vue sur les retombées du programme dans différentes facettes de leur vie. Les résultats qui découlent de cette démarche d'évaluation de programme permettent de faire ressortir les éléments qui ont facilité ou entravé l'implantation et la mise en œuvre du programme, de même que les améliorations à y apporter. Les sections suivantes font d'abord état du mode de recrutement et du profil des participants au programme de soutien. Ensuite, les modalités d'évaluation de ce programme sont décrites.

3.1 Le mode de recrutement des participants

Afin de recruter les participants du programme, une invitation générale a été lancée aux intervenants cliniques responsables des jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés. Cette invitation fut réalisée par la mise en place d'une affiche (Annexe C) de présentation du programme. Cette affiche précisait la problématique concernée (présence de TM chez un jeune), l'approche priorisée (centrée sur les forces), la clientèle visée (parent aidant), le contexte dans lequel le programme s'offrait (stage de maîtrise en travail social), la période pendant laquelle le programme serait dispensé (juillet à septembre 2010), ainsi que les coordonnées téléphoniques de l'intervenante-stagiaire responsable du programme. Cette affiche a été exposée aux portes centrales de chaque étage de l'établissement du CJ, secteur Chicoutimi. Ainsi, l'invitation était

⁵ Il est à noter qu'au moment de réaliser le stage de pratique spécialisée en 2010, il n'était pas requis, des étudiants, d'effectuer une demande de certification éthique afin d'amasser des données liées à l'évaluation de programme. Les données amassées l'ont toutefois été dans le respect des principes éthiques en ce qui concerne l'anonymat, la confidentialité et la conservation des données.

accessible visuellement à la clientèle (parents et jeunes) se présentant à leurs rendez-vous psychosociaux. Elle a été accessible à la clientèle pour une période de deux semaines.

Parallèlement à cette démarche de recrutement, plusieurs rencontres ont été effectuées auprès de différents intervenants du CJSLSJ secteur Chicoutimi-La Baie afin de leur exposer le programme et recruter des familles potentielles. Une rencontre individuelle a été organisée avec cinq intervenants sociaux de l'application des programmes. Ces rencontres avec les intervenants ont permis de cibler des parents naturels et d'accueil qui avaient un besoin de soutien spécifique quant au TM que leur jeune présentait. De plus, un rappel écrit a été déposé dans le pigeonier des intervenants cliniques à la mi-juillet afin de débiter le service à la fin du mois de juillet 2010. La collaboration des chefs de services de chaque secteur (service accès à l'hébergement, services CR, services application de programme, services santé et santé mentale) a été soutenue par l'envoi de courriels sollicitant leurs disponibilités et en établissant des rendez-vous de présentation du programme à leurs équipes de travail. La contribution de deux spécialistes en activités cliniques (SAC) a permis de rendre possible la présentation aux intervenants cliniques. Ces deux SAC ont joué le rôle de facilitatrices afin de planifier et d'effectuer les rencontres de groupe auprès des intervenants cliniques du suivi externe des familles recevant les services PJ. Plusieurs appels téléphoniques ont été effectués afin de répondre aux questionnements, de promouvoir la pertinence du programme et de convenir d'une entente verbale quant à la possibilité de présenter le programme. La promotion du programme a également été réalisée lors des différentes présentations de groupes (familles d'accueils, intervenants) et individuelles (jeunes, parents aidants).

L'identification du parent susceptible de participer au programme de soutien s'est faite avec l'aide de l'intervenant social responsable du jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. En fait, neuf responsables de FA et cinq parents naturels pouvant participer au programme de soutien ont été ciblés par les intervenants cliniques. Par la suite, le parent ciblé était interpellé par l'intervenant qui lui proposait un premier

contact avec l'intervenante-stagiaire responsable du programme, tout en l'informant de la nature du programme de soutien offert. Un premier contact téléphonique a été effectué avec le parent sélectionné afin de planifier une première rencontre individuelle, qui avait pour objectif de débiter le processus d'intervention. Parmi les 14 familles approchées, six ont accepté de participer au programme : trois parents naturels et trois parents d'accueil.

Les parents sélectionnés pour faire partie du programme d'intervention devaient, en plus de manifester un besoin et une motivation face à une offre de soutien intensif, répondre à certains critères spécifiques. Ces critères étaient les suivants : (a) côtoyer et soutenir un jeune (0-18 ans) ayant un TM ou des symptômes associés, (b) être en relation significative avec ce jeune, et (c) avoir pour objectif de maintenir ce jeune dans son milieu de vie pour une longue période (c'est-à-dire ne pas envisager de placement à court ou moyen terme). Comparativement à d'autres programmes, les critères d'âge et le statut socioéconomique des parents aidants n'étaient pas considérés dans l'inclusion au programme. Cette façon de sélectionner a été privilégiée ainsi afin de considérer tous les parents aidants ayant des services de la protection de la jeunesse.

Il importe de noter que le recrutement des parents aidants afin de participer au programme de soutien proposé a fait l'objet de quelques difficultés ou limites. En fait, la période de recrutement (saison estivale), le nombre élevé de parents aidants ciblés par les intervenants et le nombre limité de places disponibles pour des participants n'ont pas favorisé une réponse suffisante aux besoins alors présents au sein de l'établissement. Malgré la période estivale correspondant à la période de vacances pour les intervenants responsables des jeunes et de leurs familles, nous avons été en mesure de recruter le nombre de participants nécessaire à la réalisation du stage.

3.2. Les modalités d'évaluation de l'intervention

Plusieurs modalités d'évaluation de l'intervention ont été utilisées dans le cadre de ce stage dans le but: (a) de maximiser la réponse au besoin de soutien des parents aidants; (b) d'augmenter la qualité de la relation et de la communication entre le parent

aidant et le jeune; (c) d'offrir des moyens de résoudre les problèmes rencontrés lors de l'insertion dans le milieu de vie ou en situation de maintien dans le milieu familial naturel et, (d) de mieux comprendre la problématique de santé mentale vécue par le jeune. Ces évaluations ont permis, dans un premier temps, d'identifier les besoins des participants et d'en dégager un plan de soutien individualisé. Par la suite, elles ont été utilisées afin de documenter les perceptions des parents à l'égard de leur compétence et de leur bien-être dans leur rôle auprès de leur enfant. Finalement, elles ont permis d'identifier les satisfactions et les améliorations à apporter lors de la mise en place d'un programme de soutien individualisé auprès du parent aidant recevant les services de la protection de la jeunesse. Le tableau 4 synthétise les évaluations réalisées auprès d'informateurs ciblés.

Tableau 4 : La synthèse des évaluations réalisées en lien avec le programme de soutien offert aux parents aidants

Informateurs	Pré-programme	Application du programme			Post-programme
		Rencontre 1	Rencontres 2 et 3	Rencontres 4 et 5	
Parents aidants	-Entrevues individuelles semi-structurées. -Passation de guides d'entrevues.	-Évaluation des attentes et des besoins (collecte d'informations et plan de soutien). -Évaluation de la perception du bien-être comme parent par questionnaire. -Évaluation de la perception de l'efficacité parentale par questionnaire.	-Notes évolutives. -Transmission de documents.	-Évaluation de la perception du bien-être comme parent par questionnaire. -Évaluation de la perception de l'efficacité parentale par questionnaire.	-L'évaluation finale de la satisfaction concernant le programme par questionnaire.
Jeunes ayant un TM ou des symptômes associés	-Entrevues individuelles semi-structurées. -Passation de guides d'entrevues.	-	-	-	-
Intervenants	-Entrevues individuelles semi-structurées. -Passation de guides d'entrevues. -Entrevues téléphoniques. -Entrevues de groupe.	-	-	-	-Évaluation finale de la satisfaction des intervenants concernant le programme par questionnaire.

3.2.1 L'évaluation des besoins antérieurs à l'application du programme de soutien aux parents aidants

Avant d'envisager de bonifier les services offerts en santé mentale par le CJ du SLSJ, nous avons d'abord jugé utile d'évaluer le contexte actuel de ces services et d'en identifier les retombées auprès des différentes clientèles. Pour ce faire, plusieurs acteurs sociaux impliqués auprès des jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés ont été interrogés. Ainsi, 17 entrevues individuelles semi-structurées ont d'abord été réalisées auprès de parents naturels (n=5), de jeunes (n=4), d'intervenants ressources du CJSLSJ (n=3), de parents d'accueil (n=2), d'un psychologue du CJSLSJ, d'une infirmière de liaison en santé mentale du CJSLSJ et d'une éducatrice du CSSS.

Afin de connaître les principaux besoins exprimés par les parents aidants, des guides d'entrevues⁶ (Annexe E) personnalisés aux jeunes, aux intervenants et aux parents aidants (naturels ou d'accueil) ont été élaborés. Ces guides d'entrevues visaient entre autres à explorer : (a) les difficultés rencontrées par le jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés; (b) les principaux besoins du jeune; (c) l'offre de services en santé mentale du CJ; (d) l'amélioration des services; (e) les principaux besoins du parent aidant dans son rôle de soutien auprès du jeune; (f) l'influence du maintien du jeune dans le milieu familial; (g) les besoins à combler afin d'aider à garder le jeune dans le milieu familial; (h) le type d'intervention offert par le CJ pouvant mieux convenir aux parents aidants afin de les soutenir dans leur rôle parental auprès du jeune ayant un TM; (i) les suggestions pouvant aider le CJ à offrir de meilleurs services pour soutenir les parents aidants.

En plus de ces rencontres individuelles (n=17), des entrevues téléphoniques (n=3) et des rencontres de groupe (n=7) ont été nécessaires afin de réaliser une collecte plus complète d'informations provenant de plusieurs secteurs d'intervention susceptibles d'aider un jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. En fait, ces informateurs étaient des employés du CJSLSJ, mais provenaient également de différents milieux d'interventions pertinents au sujet à l'étude (coordonnatrice à la direction des services aux jeunes et à leur famille du CJQ-IU, chercheure au CJQ-IU, directeur de programme Campus des quatre vents au CJ de Lanaudière). En ce qui concerne les rencontres de groupe, un soutien visuel (*PowerPoint*) sous forme de questionnaire a été présenté aux intervenants présents afin d'alimenter les échanges. Finalement, trois intervenants ressources ont été consultés à l'aide d'un questionnaire écrit, qui leur a été acheminé par le système de courrier interne de l'établissement.

L'ensemble de ces démarches a permis de mieux connaître les services en place et d'identifier ce qui pouvait être amélioré afin d'offrir des services de qualité, adaptés aux

⁶ Lors de la passation des guides d'entrevues auprès des jeunes et des parents, l'intervenante-stagiaire était en présence et était en mesure de répondre aux interrogations et questionnements.

parents aidants d'un jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. Cette démarche a permis de mettre en place le programme de soutien aux parents aidants dans le cadre de ce stage.

3.2.2. L'évaluation des besoins spécifiques des parents aidants

Cette étape a été concrétisée lors de la première rencontre individuelle avec chacun des participants retenus. Ainsi, avant de démarrer le soutien psychoéducatif personnalisé, chaque parent aidant a été interviewé individuellement dans le but: (a) de lui exposer le programme de soutien et la nature de son engagement⁷³ et de sa participation, (b) de recueillir des informations sur sa réalité familiale et (c) de s'entendre sur des objectifs d'intervention à atteindre. Ainsi, plusieurs outils ont été utilisés pour réaliser cette étape.

D'abord, un pamphlet (Annexe D) a permis d'informer les parents quant aux objectifs du programme et aux services offerts (rencontres individualisées, entretien téléphonique, possibilité de visiter un organisme, guide pratique d'interventions, disponibilité et flexibilité de l'intervenante-stagiaire). Cet outil ciblait également les thèmes abordés : le parent aidant, les émotions du jeune et du parent, la reprise du pouvoir sur la situation, ainsi que l'utilisation des ressources de l'environnement. Finalement, le pamphlet informait les parents quant au déroulement du programme (quatre rencontres individuelles, une visite dans un organisme, suivi hebdomadaire, disponibilité de jour et soir).

Par la suite, la collecte d'informations (Annexe F) visait à recueillir des données concernant : (a) les points forts et les ressources du parent aidant, (b) les réussites antérieures à la rencontre, (c) les besoins actuels en lien avec la problématique du TM, (d) une entente commune sur les objectifs à atteindre, (e) les tâches de l'intervenante-stagiaire, (f) les tâches du client et (g) des informations supplémentaires concernant la

⁷ Cet engagement réfère à l'acceptation de participer aux quatre rencontres et de réaliser des tâches (lectures, application des interventions recommandées, etc.) pendant le programme.

prise de médication, la présence ou non d'un diagnostic d'un TM, les changements observés, ainsi que l'objectif de l'hébergement (maintien ou réintégration du milieu familial).

Enfin, le type de soutien offert fut déterminé par les besoins de chaque participant. Un plan de soutien individualisé (Annexe G) a été élaboré avec les parents aidants et une entente a été signée. Tous ont eu l'occasion d'exprimer librement et de façon personnalisée leurs propres besoins.

3.2.3. L'évaluation de l'évolution de la perception de l'efficacité et du bien-être des parents aidants

Une évaluation de la perception de l'efficacité parentale et une évaluation du bien-être comme parent ont été proposées aux parents aidants avant et après le programme (Annexe H). Ces évaluations permettent de rendre compte des changements qui ont eu lieu en ce qui concerne leurs perceptions d'eux-mêmes dans leur rôle de parent aidant en contexte difficile, soit celui d'intervenir auprès d'un jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés. L'évaluation du bien-être du parent⁸ consiste, quant à elle, à répondre à 16 questions visant à déterminer le niveau de perception ressentie. Une échelle allant de 1 à 3 (1 = un peu, 2 = moyennement, 3 = beaucoup), permet de qualifier son bien-être parental par rapport à différentes dimensions (ex. : tension, tolérance, encouragement, etc.) (Annexe H). Le score s'obtient en additionnant les résultats obtenus à chacun des items. Ce score peut varier entre 16 et 48 : un score se retrouvant près de 16 indique une perception faible du bien-être parental. À l'inverse, un score qui tend davantage vers 48 signifie que la perception du bien-être du parent est élevée (Cochran et Henderson, 1985).

⁸ Le test utilisé provient du mémoire de madame Mélanie Martel (voir la référence du mémoire en bibliographie). Malheureusement, la référence de l'outil n'y est pas précisée et nos tentatives pour la retracer sont demeurées vaines. Ce faisant, il est donc impossible d'obtenir plus de précisions quant aux qualités psychométriques de cet instrument.

Le questionnaire d'évaluation de l'efficacité parentale⁹ comprend, quant à lui, 18 questions permettant de mesurer la capacité du parent (Annexe H). Une échelle de 1 (pas très bonne) à 7 (très bonne) est utilisée afin de quantifier cette perception. Les cotes 1 à 4 correspondent à une capacité moindre, alors que les cotes 5 à 7 réfèrent, quant à elles, à une perception qualifiée de « très bonne ». Un score élevé (près de 126) signifie que le parent se perçoit comme étant compétent, tandis qu'un score faible (près de 18) signifie que le parent se perçoit moins compétent (Martel, 2002).

3.2.4 Les notes d'évolution et les outils d'évolution de l'intervention

Dans le cadre du stage, l'intervenante-stagiaire a élaboré un dossier individuel des participants. Ce dossier, en plus de l'évaluation initiale, comprenait des notes concernant l'évolution des participants dans le cadre du programme. Ces notes ont été prises de façon systématique à chacune des rencontres. Ces notes font état des questionnements, des forces, des interventions faites par le parent, des recommandations établies entre l'intervenante-stagiaire et le parent, ainsi que des thèmes approfondis lors des rencontres.

3.2.5 L'évaluation de la satisfaction en ce qui a trait au programme de soutien aux parents aidants

À cette étape, tant les parents aidants que les intervenants ont été invités à remplir un questionnaire de satisfaction par rapport au soutien individuel offert. Cette tâche a été réalisée une fois les rencontres individuelles auprès des parents aidants terminées. Par l'élaboration de questions visant à mesurer l'intensité de l'opinion de la personne interrogée, il a été possible d'évaluer les éléments qui ont favorisé ou entravé la mise en œuvre du programme de soutien, de même que les retombées perçues par les participants.

Ainsi, la collecte de ces données nous informe quant aux résultats perçus par les parents aidants en ce qui concerne leur satisfaction par rapport à la durée du programme, à la qualité du contenu, à l'augmentation du sentiment de compétence parentale, à la résolution des difficultés et aux pistes de solutions proposées. Une analyse détaillée du

⁹ Voir la note 8.

questionnaire de satisfaction permet de connaître le degré de satisfaction relié à chacun des volets du programme soit : (a) la période de ventilation, (b) la compréhension du TM ou des symptômes associés, (c) la transmission des interventions appropriées et (d) les ressources du milieu. Quelques questions supplémentaires visaient à évaluer le degré de satisfaction des participants par rapport aux qualités de la stagiaire dans son rôle d'intervenante, notamment en ce qui concerne sa disponibilité, son attitude, son écoute et sa compétence (Annexe I). Ces outils d'évaluation ont permis d'effectuer à la fois l'évaluation des besoins spécifiques des parents aidants et l'évaluation du programme de soutien.

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

Ce chapitre permet de mettre en relief une synthèse des informations recueillies par le biais des questionnaires de satisfaction des participants et des intervenants à la suite de la mise en place du programme de soutien offert aux parents aidants. Les données recueillies sont présentées en fonction des trois grandes étapes du stage : (a) la période pré-programme, (b) la période d'application du programme et (c) la période post-programme. La première période fait référence à l'analyse des besoins des parents aidants, justifiant ainsi la mise en place du programme de soutien. La seconde période propose le profil détaillé des participants, ainsi que leurs attentes, leurs besoins et leurs perceptions quant à leur bien-être et leur efficacité. En dernier lieu, il est question de la satisfaction des principaux acteurs concernés par le programme, en l'occurrence : les parents aidants, les intervenants responsables des jeunes concernés et les intervenants ressources responsables du parent d'accueil participant.

4.1 La période pré-programme

Tel que mentionné précédemment, dans le but d'orienter le programme d'intervention mis en place, des entrevues ont été réalisées auprès de différents acteurs (n=23) afin de cibler les besoins des parents aidants dont l'un des jeunes avait un TM ou des symptômes associés. De ces multiples rencontres, il a été possible de constater que le besoin le plus impératif concernait l'offre d'un soutien psychosocial personnalisé auprès des parents aidants. Une réflexion s'est amorcée à la suite de ce constat. Est-ce que la réponse à ce besoin devait s'exprimer par la mise en place d'un groupe de soutien aux problématiques de santé mentale ou par l'offre de rencontres individuelles personnalisées auprès des parents aidants?

Les informateurs consultés ont rapporté la pertinence d'offrir un groupe à ces parents, notamment pour diminuer l'isolement, favoriser l'amélioration de leurs interventions auprès du jeune et offrir une intensité quant au soutien apporté. De plus, ils

ont mentionné que l'intervention individuelle est un moyen qui répondrait également à ce type de besoin afin de favoriser davantage l'implication du parent dans le soutien offert. L'exploration des besoins s'est effectuée auprès de trois types de répondants : (a) les parents naturels ou d'accueil, (b) les jeunes, ainsi que (c) les intervenants et gestionnaires de programme. De cette investigation, nous pouvons dégager certains consensus au sujet des besoins provenant de la clientèle cible (les parents aidants). Le tableau 5 fait une synthèse des perceptions des différents acteurs à l'égard des besoins des parents aidants.

Tableau 5 : La synthèse des perceptions des différents acteurs impliqués auprès de jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés et de celles exprimées par les jeunes eux-mêmes

	Jeunes (n=4)	Parents d'accueil (n=4)	Parents naturels (n=5)	Intervenants (n=10)
Besoins des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Recevoir du soutien professionnel (psychosocial et pédopsychiatrique); - Recevoir une médication; - Être soutenus la fin de semaine; - Trouver des moyens de se contrôler; - Développer des relations agréables; - Être informés (quoi faire); - Être encadrés; - Avoir des moments pour bouger; - Recevoir de l'attention familiale; - Vivre dans un milieu stable; - Avoir des occasions de discuter; - Être encouragés (relations et règles). 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à un plan intervention; - Être soutenus; - Recevoir une médication; - Recevoir une aide éducative; - Être contrôlés; - Bénéficier d'une présence constante; - Être encadrés; - Être en sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Être plus contrôlés; - Avoir de la constance dans ce qu'ils font; - Avoir des limites (se faire dire non); - Recevoir une médication; - Bénéficier d'une attention constante; - Avoir des occasions de bouger; - Bénéficier d'un suivi psychiatrique; - Avoir un horaire fixe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recevoir des services scolaires adaptés; - Recevoir des services d'hébergement adaptés.
Besoins des parents	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer leurs relations familiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des activités adaptées durant l'été; - Disposer, au besoin, d'un hébergement en CR; - Apprendre des trucs; - Bénéficier des services d'une gardienne; - Ne pas être jugés; - Recevoir plus d'informations concernant la famille du jeune et le jeune lui-même; - Recevoir du soutien; - Bénéficier de mesures de répit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une aide-ménagère; - Bénéficier des services d'une gardienne; - Avoir les services d'un éducateur à domicile; - Être conseillés (guidance); - Recevoir l'enfant seulement l'été; - Avoir des moments de détente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'interventions intensives; - Cheminer personnellement; - Avoir de bonnes attitudes de la part de l'intervenant; - Recevoir du coaching; - Avoir les services d'un éducateur spécialisé en SM; - Participer à un groupe de soutien; - Collaborer avec la FA.
Besoins concernant les services	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la communication avec les jeunes; - Amener le jeune à mieux s'exprimer; - Démontrer de la justice, de l'égalité; - Écouter les jeunes; - Aider à comprendre le TM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir du répit; - Être formés; - Être soutenus; - Rendre disponible un service de réadaptation pour les jeunes sur une base hebdomadaire; - Offrir des services rapidement en psychologie et pédopsychiatrie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des rencontres informatives individuelles ou de groupe; - Distribuer un livret explicatif sur le TM; - Recevoir du soutien des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en partenariat avec autres services; - Être formés; - Recevoir du soutien; - Recevoir du répit; - Obtenir du temps d'intervention; - Avoir de bonnes connaissances en SM; - Dispenser une formation pour les FA; - Avoir plus de ressources humaines; - Intervenir de façon adaptée avec le parent.

À la lecture du tableau 5, il est possible de dégager certaines perceptions communes chez les différents acteurs. Ainsi, les jeunes et les parents s'entendent à l'effet que les parents aidants devraient être soutenus à travers un suivi psychosocial ou pédopsychiatrique. Les parents naturels précisent qu'il serait plus approprié d'offrir un soutien visant plusieurs sphères de la vie du jeune, aux plans personnel, familial et social. Ils ajoutent qu'ils ressentent également ce besoin de soutien afin d'améliorer le suivi offert aux jeunes. De plus, les parents naturels expriment qu'il serait pertinent de dispenser un service psychoéducatif, de groupe ou individuel, en lien avec la problématique de santé mentale. Enfin, on peut observer que le répit (tant pour le parent aidant que pour l'offre de service) et le plan d'intervention (destiné au parent aidant et au jeune) sont des moyens communs suggérés par les parents d'accueil afin de mieux jouer leur rôle auprès du jeune atteint de TM.

Quant aux intervenants, ils s'entendent pour affirmer que les besoins de soutien, de répit, de formation, ainsi que le partenariat avec les différents services sont des points importants à promouvoir afin de soutenir les parents aidants. Les parents aidants expriment aussi ces mêmes besoins. De plus, ces deux groupes soulignent que l'offre d'un service d'hébergement adapté demeure un besoin pertinent pour le jeune.

La vue d'ensemble des informations recueillies révèle des points communs et des différences dans les réponses obtenues lors de l'analyse des besoins des parents aidants. Les jeunes identifient davantage des besoins de type relationnel. De leur côté, les parents d'accueil, les parents naturels et les intervenants insistent davantage sur l'importance du soutien, des services offerts et des connaissances à développer. Les parents naturels expriment aussi quelques préoccupations importantes quant à leurs besoins personnels (temps pour le couple, gardiennage, détente et aide-ménagère).

En conclusion, cette collecte de données a permis de mettre en relief l'importance, pour tous les répondants, d'accorder un soutien professionnel tant aux jeunes, aux parents qu'aux intervenants. Quant à la nature du soutien offert, deux éventualités ont été

soulevées : les rencontres de groupe et les rencontres individuelles. Étant donné qu'un soutien psychoéducatif sous forme de groupe était alors offert par le centre jeunesse concernant le trouble de l'attachement (groupe « T'as Sa »), le soutien individuel a été priorisé dans le cadre de ce stage. Cette réponse au besoin de soutien a permis d'intervenir auprès de parents aidants, naturels et d'accueil, responsables d'un jeune avec au moins un TM ou des symptômes associés. Cette intervention psychoéducatrice impliquait des stratégies directes auprès des parents aidants, de même qu'une intervention indirecte, compte tenu des effets bénéfiques possibles pour le jeune et l'intervenant responsable. Aussi, cette intervention individuelle prenait en compte la diversité des TM ainsi que des symptômes associés. De ce fait, un plus grand échantillon de participants a pu utiliser le service qui correspondait aux besoins ressentis pendant la période du stage.

4.2 La période d'application du programme

4.2.1 Le profil des participants au programme de soutien

Au total, six parents¹⁰ ont bénéficié du programme de soutien offert. Chacun d'eux entretenait une relation significative avec un jeune ayant un TM ou des symptômes associés. Tout en exerçant son rôle parental, le parent aidant démontrait un engagement afin de maintenir ce jeune dans son milieu familial.

En ce qui a trait aux caractéristiques des parents aidés, trois étaient des parents naturels. Parmi ceux-ci, un père et une mère vivaient dans une famille monoparentale, alors qu'une mère avait un conjoint autre que le père naturel. Les trois autres participantes étaient des mères d'accueil, qui assumaient majoritairement les interventions auprès du jeune ayant un TM. Il est à noter que deux pères d'accueil ont débuté le processus de soutien offert par le programme en compagnie de leur conjointe sans toutefois poursuivre jusqu'à la fin du processus en raison d'un manque de disponibilité. Pour l'un, ce manque de disponibilité était causé par ses activités professionnelles, alors que l'autre a plutôt invoqué des raisons de santé.

¹⁰ Les prénoms utilisés dans l'ensemble de l'essai sont fictifs afin de préserver l'anonymat des participants.

Les six parents ayant accepté de participer au programme vivaient avec un enfant ayant un TM ou des symptômes associés. Parmi ces six jeunes, on retrouvait cinq garçons et une fille. L'âge des jeunes variait entre six et 15 ans, pour une moyenne de 12 ans. Les TM identifiés chez les jeunes qui vivaient dans leur milieu de vie naturel concernaient le trouble de conduite, le TDA avec ou sans hyperactivité (TDA / TDAH), le trouble d'attachement sévère et le syndrome de Gilles Latourette. Du côté des troubles présents chez les jeunes hébergés en FA, on retrouvait le trouble anxieux, le trouble de l'attachement, la dépression situationnelle (idéations suicidaires) et le trouble de personnalité narcissique. Précisons que quatre jeunes sur six étaient aux prises avec plus d'un TM (deux en famille naturelle et deux en FA).

4.2.2 Le portrait des familles ayant participé au programme

Cette section décrit le parcours familial et les services offerts aux trois parents aidants de familles naturelles (FN) et aux trois parents aidants de familles d'accueil (FA) ayant accepté de participer au programme. Elle documente, d'une part, les caractéristiques du jeune et de sa famille, les perceptions du parent aidant concernant les conséquences du TM chez le jeune, ainsi que les forces identifiées chez le parent aidant. Des informations sont ensuite précisées sur les interventions et les techniques de soutien utilisées lors de l'application du programme. Le soutien offert à l'ensemble des participants totalise 21 rencontres individuelles. Quatre parents aidants (trois parents d'accueil et un parent naturel) ont bénéficié de quatre entrevues individuelles, alors que deux parents aidants naturels ont participé à deux rencontres individuelles. L'une de ces rencontres a pris la forme d'un accompagnement offert au parent d'accueil afin de visiter un organisme communautaire offrant des services aux personnes souffrant d'un trouble de panique et d'anxiété. Ce type d'accompagnement a été offert à tous les participants, mais un seul participant en a fait la demande.

4.2.2.1 FN 1 : L'histoire d'Irène

Irène, mère monoparentale, vivait avec deux garçons au moment du stage, dont un adolescent de 13 ans ayant un TDAH de type sévère, un trouble de conduite et de

comportement avec dangerosité, ainsi qu'un trouble de l'attachement. Au moment de la première rencontre avec la famille, l'adolescent demeurait avec Irène et son frère cadet et n'avait jamais eu de contact avec son père biologique depuis sa naissance. Irène avait alors un conjoint et travaillait dans un organisme communautaire à temps plein. La situation familiale du jeune était connue des services de la protection de la jeunesse depuis qu'il avait moins de deux ans et le suivi de la famille perdurait depuis cette époque, pour motif de négligence. Au cours de son enfance et de de son adolescence, le jeune avait été hébergé en FA à de multiples reprises, périodes qui ont ensuite été suivies par des tentatives de réinsertion dans son milieu familial naturel. Également, il avait été confronté aux multiples ruptures amoureuses de sa mère, qui ont parfois eu lieu dans un contexte de violence dont il a été témoin, ainsi qu'à des réactions de violence de la part de celle-ci quant à ses troubles de comportements. Lors du suivi antérieurement offert par le centre jeunesse, l'adolescent avait démontré des troubles de comportements importants, caractérisés par des actes de violence et de l'automutilation.

Lors de la mise en œuvre du stage, l'adolescent était hébergé en CR depuis trois mois. Depuis l'âge de 10 ans, l'adolescent bénéficiait de nombreux services de la part d'un pédopsychiatre, d'un psychologue, d'un éducateur spécialisé, d'un intervenant social selon la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA), et d'un intervenant scolaire. Depuis le début de ces différents suivis, l'adolescent prenait une médication régulière en lien avec les TM identifiés.

Lors de la première entrevue, Irène s'est exprimée sur les conséquences des TM de son fils aîné, et ce, tant aux plans personnel, familial que social. La mère a aussi partagé, lors des rencontres individuelles effectuées, ses inquiétudes quant à l'influence des comportements et réactions de son fils aîné sur le développement et la sécurité de son fils cadet. Selon elle, une surveillance accrue était nécessaire lorsque ses fils étaient ensemble, car son fils cadet vivait parfois de l'insécurité lorsqu'il était en présence de son frère aîné. Également, la mère décrivait sa relation avec son fils aîné comme étant difficile et fragile. Elle se questionnait sur la pertinence de maintenir des contacts

réguliers avec lui et sur les interventions qu'elle pouvait appliquer afin d'améliorer la situation.

Dès la première rencontre de soutien offert, la mère était en mesure de se reconnaître les forces suivantes : une facilité à expliquer les choses, l'acceptation de son fils, la capacité de rassurer et de contrôler ses émotions, l'ouverture d'esprit, la concentration, ainsi que l'écoute de ses propres limites. Elle affirmait utiliser la dramatisation lorsqu'elle discutait avec son fils pour lui expliquer certaines choses comme, par exemple, les conséquences de ses actes sur les autres. De son point de vue, cette méthode semblait favoriser la compréhension que son fils avait de ses propos. Selon la mère, il était, lors de ces moments, plus à son écoute.

Au début du programme de soutien, les objectifs de la mère étaient les suivants : (a) établir une meilleure communication avec son fils, (b) mieux connaître le TDAH, (c) favoriser la responsabilisation des actions chez son fils (développer la capacité de son fils à avouer ses torts) et (d) connaître les attentes de ce dernier envers elle. Les moyens mis de l'avant afin d'atteindre ces objectifs ont été de lui procurer de la documentation écrite quant aux informations et aux interventions reliées aux TDAH, ainsi qu'aux troubles des conduites et à la gestion du stress.

Trois rencontres individuelles ont été réalisées au domicile d'Irène et deux contacts téléphoniques ont été faits afin de vérifier son besoin de soutien. Une rencontre avec l'adolescent a également eu lieu afin d'identifier ses attentes par rapport aux interventions de sa mère auprès de lui. Enfin, la discussion et l'échange quant aux questionnements d'Irène dans son rôle de mère ont été favorisés par une période de ventilation au début de chaque rencontre individuelle.

4.2.2.2 FN 2 : L'histoire de Lucie

Lucie était, lors de la mise en œuvre du programme, une mère monoparentale d'un enfant unique âgé de 10 ans et ayant un trouble de l'attention (TDA). Son fils

demeurait à temps plein chez elle et avait des contacts hebdomadaires avec son père biologique. Lucie s'est séparée du père de son fils lorsque celui-ci avait moins d'un an. Au moment du soutien offert, le jeune et sa mère recevaient des services en protection de la jeunesse concernant des mauvais traitements psychologiques. Au plan physique, le garçon avait souffert d'une bronchiolite alors qu'il avait un mois, ce qui avait nécessité neuf jours d'hospitalisation. Un léger manque de stimulation de la part de ses parents avait alors été noté. Au plan psychologique, Lucie admet que son fils a été victime de violence et que la présence d'aliénation parentale n'a pas favorisé un climat familial sécurisant. Le fils de Lucie a d'ailleurs vécu une courte période d'hébergement (7 jours) en FA lorsqu'il avait cinq mois. La principale source de revenu de Lucie provenait de la Sécurité du revenu.

Lors de la mise en œuvre du stage, Lucie affirmait vivre plusieurs problèmes avec son fils. Elle soulignait, notamment, que ce dernier était colérique, provocateur, agressif, impoli et dérangeant dans ses comportements. Le jeune ne prenait pas de médication en raison de la croyance de Lucie consistant à diminuer la consommation de sucre afin d'influencer à la baisse les symptômes du TDA.

Les forces observées chez Lucie concernaient son ouverture à l'apprentissage, sa capacité de parler et d'expliquer les choses à son fils, la reconnaissance de sa part de responsabilité dans les problèmes vécus, sa patience et l'utilisation des ressources professionnelles nécessaires pour le bien-être de son fils (médecin de famille et pédiatre). Ses expériences de réussites antérieures référaient à l'utilisation de la lecture avec son fils, la valorisation ainsi que le souci de récompenser un comportement ou une attitude acceptable.

Dans le cadre du stage, Lucie souhaitait apprendre à mieux communiquer avec son fils et trouver un équilibre dans la consommation de sucre chez son enfant. Elle désirait aussi recevoir de l'information et de la documentation en ce qui concerne la médication recommandée pour le TDA et prendre connaissance des effets secondaires qui

en découlent, afin de mieux connaître les types de médication disponibles. Dans le but d'atteindre ces objectifs, quatre rencontres individuelles ont été réalisées avec Lucie. Ces rencontres ont permis de lui remettre de la documentation concernant le TDA et la prise de médication conseillée. Elles ont également donné l'occasion à Lucie de se familiariser avec certaines techniques d'impact, tout en lui fournissant un éventail d'interventions à privilégier afin d'encadrer le travail scolaire de son fils. La discussion et l'échange quant aux questionnements de Lucie ont été favorisés par une période de ventilation au début de chaque rencontre individuelle.

4.2.2.3 FN 3 : L'histoire d'Étienne

Étienne est le père biologique d'un fils unique qui était âgé de six ans lors de la mise en œuvre du programme. Ce dernier avait un TDAH et prenait une médication, le Ritalin™ (nom générique : méthylphénidate). Il avait réintégré son domicile depuis plus de quatre mois. Séparé depuis deux ans de la mère de son fils, Étienne soulignait que le couple avait vécu des problèmes de consommation, de violence et d'importantes difficultés financières. Bien qu'il ait déjà occupé un emploi par le passé, le père bénéficiait alors de l'aide financière de la Sécurité du revenu. De son côté, la mère était atteinte d'une maladie physique dégénérative. Elle n'était pas présente de façon constante dans la vie de son fils et les contacts avec celui-ci avaient repris de façon irrégulière après une longue période d'absence.

Cette famille recevait des services de la protection de la jeunesse depuis que l'enfant avait trois ans. Les services avaient été dispensés pour des motifs de compromission variés, concernant la négligence, les mauvais traitements psychologiques et l'abus sexuel. Antérieurement au suivi reçu dans le cadre du programme, l'enfant avait été hébergé dans un organisme communautaire, dans son réseau familial, ainsi qu'en FA (près d'un an et demi). Le jeune avait déjà été expulsé de son milieu de garde en raison de ses problèmes de comportements (violence physique et verbale et comportements d'opposition). Des services antérieurs avaient été offerts par le CLSC du Grand Chicoutimi par l'entremise d'une intervenante sociale (plusieurs mois), le réseau communautaire et d'un service de garde.

Lors du suivi, Étienne a expliqué que son fils éprouvait des problèmes dans sa relation avec les autres enfants de son âge, avec lesquels il avait du mal à s'entendre. Selon lui, son fils avait aussi de la difficulté à attendre son tour, à rentrer à la maison le soir et il manquait d'appétit. C'est un enfant qui avait du mal à gérer les imprévus et qui demandait beaucoup d'énergie de la part de son père.

Etienne était, malgré tout, capable de se reconnaître des capacités d'écoute, de patience, de valorisation, de récompense, de renforcement positif, d'explication et de jugement. Il était d'avis que son application d'un système de conséquences avec son fils était adéquate. Ses expériences de réussites avec son fils étaient généralement vécues lorsqu'il l'avisait à l'avance de ce qui allait se passer, qu'il utilisait la récompense pour obtenir un bon comportement, et qu'il appliquait son système de conséquences adéquatement. Il considérait également comme une réussite le fait que son fils ait réintégré son milieu de vie naturel.

Lors du suivi proposé dans le cadre du stage, les besoins identifiés par Étienne concernaient surtout la compréhension de ce qu'est le TDAH à l'aide de documents pertinents. Il voulait également améliorer la relation que son fils entretenait avec ses pairs, par l'application d'interventions appropriées au TM discuté. Enfin, il souhaitait trouver des interventions efficaces permettant à son fils de ramasser ses jouets, sans vivre des conflits avec lui. Les moyens utilisés afin d'atteindre ces objectifs ont été d'effectuer deux rencontres individuelles avec Étienne à son domicile. Ce dernier a également reçu de la documentation en lien avec le TDAH de son enfant. Le plan des rencontres initialement prévu n'a toutefois pas été respecté, car Étienne a oublié deux rendez-vous, et ce, malgré les relances téléphoniques et par courrier.

4.2.2.4 FA 4 : L'histoire de Rose et de Louis

Au moment du soutien offert, Rose et Louis hébergeaient un adolescent de 14 ans souffrant d'un trouble anxieux et d'un trouble de l'attachement. Le jeune prenait déjà une médication appropriée à son trouble anxieux. En plus de l'adolescent ciblé par le

programme, pour lequel un hébergement jusqu'à la majorité dans cette famille était visé, Rose et Louis hébergeaient également trois autres adolescents recevant des services du centre jeunesse. Au moment du stage, l'adolescent bénéficiait d'un hébergement principal en CR (foyer de groupe), et ce, depuis environ six mois. La FA était alors utilisée comme ressource complémentaire, dans le but de favoriser l'intégration du jeune. L'adolescent vivait cette réalité d'hébergement en FA depuis qu'il était âgé de neuf ans. Il avait connu environ cinq milieux depuis. Le maintien des contacts avec la mère biologique du jeune était favorisé de façon régulière, soit aux trois semaines, mais les contacts avec le père biologique se résumaient à deux ou trois rencontres par année. Le jeune recevait des services de la protection de la jeunesse depuis 2007, soit depuis ses 10 ans, pour des raisons de négligence. Il bénéficiait de l'aide spécialisée d'une pédopsychiatre, d'une éducatrice, d'une intervenante sociale et d'une psychologue depuis qu'il avait 12 ans.

L'adolescent présentait plusieurs problématiques quant à son comportement. Il démontrait de l'opposition face à l'autorité des parents responsables de la FA, il faisait preuve d'impulsivité, il cherchait à contrôler les gens autour de lui, il tenait des propos suicidaires, il était agressif dans ses attitudes et ses comportements, il se frappait lorsqu'il était contrarié et il était anxieux en raison de son incapacité à exprimer ses émotions. L'adolescent éprouvait davantage de symptômes d'anxiété au retour de ses contacts avec sa mère. Il était très attaché à elle et se retrouvait donc en conflit de loyauté entre ses deux milieux significatifs, son milieu d'accueil et son milieu naturel. Cette situation entraînait de nombreux conflits au sein de la FA et faisait en sorte que le jeune avait de la difficulté à entretenir des relations sociales avec ses pairs.

Les points forts de Rose et de Louis comme parents d'accueil concernaient principalement la constance de leurs interventions, leur capacité à discuter avec l'adolescent, ainsi que leur volonté d'aider et de comprendre le TM de celui-ci. Les expériences antérieures ayant généré des situations de réussites avec le jeune étaient plus fréquentes lorsque ce dernier n'était pas en contact avec sa mère et qu'il faisait preuve d'écoute lors des discussions.

Au moment du stage, Rose et Louis souhaitaient mieux comprendre les problèmes du jeune qu'ils hébergeaient. Pour ce faire, ils voulaient recevoir de l'information pertinente sur l'anxiété et prendre connaissance des différentes interventions y étant reliées. Afin de répondre à ces besoins, quatre rencontres individuelles de soutien ont eu lieu, de même qu'une rencontre permettant la visite de l'organisme communautaire du « Groupe de ressource de trouble de panique » (GRTP). Louis n'a pas été en mesure de suivre le programme en entier (3^e et 4^e rencontres) en raison de son manque de disponibilité. Un accompagnement a tout de même été offert à Rose par l'intervenante-stagiaire afin d'effectuer une rencontre d'information auprès d'une intervenante de l'organisme. Ainsi, Rose a pu poser ses questions et envisager d'utiliser ce service. De plus, de la documentation expliquant ce qu'est le trouble de l'anxiété ainsi que les interventions à privilégier a été transmise. À la quatrième rencontre individuelle du programme de soutien, une liste de références et des ressources pertinentes en lien avec l'anxiété ont été remises à Rose.

4.2.2.5 FA 5 : L'histoire de Nancy

Au moment du stage, Nancy hébergeait une adolescente de 15 ans ayant un trouble anxieux, un trouble dépressif situationnel ainsi qu'un trouble de l'attachement. L'adolescente y était hébergée depuis environ une année et demie et, depuis peu, une autre adolescente du même âge y séjournait également. Elle avait fréquenté de multiples hébergements depuis ses sept mois, pour un total d'au moins huit milieux de vie d'accueil différents. L'adolescente avait vécu des antécédents d'abus physique de la part d'un de ses parents ainsi qu'un abus sexuel de la part d'un membre de la famille élargie. Elle n'entretenait aucun contact avec ses parents biologiques lors des interventions de soutien, mais elle avait des liens significatifs avec quelques membres de sa famille élargie et de sa fratrie. Toutefois, la relation entretenue avec la fratrie était conflictuelle et instable. L'objectif était de favoriser le maintien de l'hébergement dans la FA actuelle.

Le suivi en protection était dispensé en raison de la présence de négligence dans le milieu de vie naturel. Des services spécialisés en pédopsychiatrie et en psychologie lui

étaient dispensés depuis ses 13 ans. L'adolescente prenait une médication concernant le trouble dépressif situationnel et le trouble anxieux. Cette prise de médication devait être encadrée par la responsable de la FA en raison du manque d'assiduité de la jeune.

Nancy et son conjoint se décrivaient positivement, notamment en lien avec leurs bonnes habitudes de vie, la propreté de leur domicile, leur capacité de communiquer avec les jeunes, ainsi que leur tolérance par rapport aux comportements et attitudes difficiles de l'adolescente. Des forces étaient également notées chez l'adolescente, qui démontrait un intérêt pour la lecture et un type de personnalité indépendante pouvant favoriser l'autonomie dans l'apprentissage.

Quelques interventions antérieures avaient fonctionné positivement afin d'améliorer le comportement et les attitudes de la jeune. La communication, l'utilisation du privilège de manger au restaurant, l'ignorance des comportements inadéquats, ainsi que la responsabilisation de ses actes fonctionnaient avec succès. L'usage de l'humour et la bonne connaissance du trouble dépressif étaient également des forces chez Nancy.

Les besoins rapportés par Nancy référaient à l'augmentation des connaissances concernant le trouble de l'attachement. Elle souhaitait aussi cibler des ressources pertinentes au trouble dépressif, ajuster ses attentes envers l'adolescente et trouver des interventions indirectes pouvant modifier ses attitudes et ses comportements. Afin de répondre aux besoins exprimés par Nancy, plusieurs moyens ont été utilisés, notamment la transmission d'informations écrites concernant le trouble de l'attachement, des suggestions de lectures pertinentes (allégorie, livres traitants du TM) et la remise d'une liste de ressources concernant la dépression. Ce soutien a pris la forme de quatre rencontres. Le conjoint de Nancy a participé aux deux premières rencontres de soutien offertes dans le cadre du stage, mais n'a pas été en mesure de poursuivre pour les deux dernières rencontres en raison de son manque de disponibilité. Nancy n'a pas exprimé le besoin de visiter un service communautaire ou autre service relié au TM.

4.2.2.6 FA 6 : L'histoire de Suzie

Au moment de la réalisation du stage, Suzie hébergeait le jeune ciblé par le programme de soutien depuis trois ans. L'adolescent de 14 ans vivait donc au sein de cette FA avec trois autres adolescents âgés entre 12 et 17 ans. Un jeune adulte, adopté par Suzie, y habitait aussi. Dès l'âge de 11 ans, l'adolescent avait vécu un hébergement en CR pour une période d'un an. Au total, il avait fréquenté au moins 14 milieux d'accueil différents. Exception faite d'un lien important et régulier avec son frère, le jeune n'entretenait pas vraiment de relations avec les membres de sa famille biologique. En effet, les contacts avec ses parents biologiques étaient sporadiques et peu significatifs. Ces derniers s'étaient séparés lorsqu'il n'avait que 10 mois. Il a alors vécu majoritairement avec son père, et ce, jusqu'à l'âge de neuf ans. Il recevait des services de la protection de la jeunesse depuis ses huit ans, pour des motifs de négligence et de violence physique. Il avait été victime de différentes formes de violence, au sein de son milieu familial, empreint de consommation et de criminalité.

Plusieurs problématiques étaient notées dans les comportements et attitudes du jeune concerné, tels que de l'opposition, de la violence, de nombreuses désorganisations, de la consommation, de la criminalité, de la manipulation, des difficultés relationnelles majeures, du harcèlement et des attitudes narcissiques provocatrices. Selon Suzie, la principale problématique était liée aux traits de la personnalité narcissique de l'adolescent. Il demandait d'être constamment le centre d'intérêt, était contrôlant, testait les limites des autres tout en les rabaissant pour se valoriser. Au moment du stage, le jeune recevait les services spécialisés d'une psychologue et d'un pédopsychiatre. Il prenait une médication liée au TDAH. Aussi, un trouble de l'attachement était reconnu quant aux TM de l'adolescent.

Selon Suzie, les TM de l'adolescent avaient des conséquences sur les relations sociales du jeune, qui étaient conflictuelles tant avec ses pairs que les adultes de son entourage. D'autres conséquences étaient également notées en lien avec sa vie scolaire

(suspension), ses comportements délinquants et sur le plan développemental (hyper maturité non appropriée selon son âge).

Suzie se reconnaissait des points forts, dont sa capacité d'empathie et son écoute. Selon elle, l'adolescent démontrait aussi une force en faisant preuve d'une volonté à comprendre le pourquoi de ses comportements. Suzie était également en mesure de cibler des interventions réalisées auparavant auprès du jeune et qui pouvaient être qualifiées de succès. C'était le cas, entre autres, des rencontres avec la psychologue, de l'utilisation du système de renforcement immédiat, de l'organisation de moments pour lui parler seul à seul, ainsi que de stratégies visant à ignorer les comportements perturbateurs afin d'éviter l'escalade de violence.

Les besoins de Suzie consistaient à connaître ce qu'est le trouble narcissique, à trouver des moyens de communication efficaces et appropriés, ainsi qu'à mettre de l'avant des stratégies afin de se protéger psychologiquement de certains comportements et attitudes de l'adolescent. Afin de répondre à ces besoins, différentes stratégies ont été mises de l'avant. D'abord, de la documentation écrite par rapport au trouble de personnalité narcissique a été transmise à Suzie. Tout au long du processus de soutien, la discussion et l'écoute ont aussi été des stratégies employées afin de favoriser une meilleure compréhension des attitudes et des comportements de l'adolescent.

4.2.3 La perception du bien-être et de l'efficacité parentale chez les parents aidants

Le questionnaire d'évaluation de la perception du bien-être parental¹¹, tiré du mémoire de Martel (2002), a été utilisé dans le cadre de ce stage. Le tableau 6 présente les résultats obtenus par les six participants à cet instrument, et ce, avant le début du programme (temps 1) et à la fin de celui-ci (temps 2) (Annexe J). Il permet de constater que les six parents aidants présentaient un score variant entre 32 et 44 avant leur participation au programme de soutien, ce qui correspond à un niveau de satisfaction

¹¹ Voir l'outil présenté à la section 3.2.3 de cet essai.

élevé concernant leur bien-être parental. Étant donné que trois parents aidants n'ont pas complété le questionnaire à nouveau à la fin du programme, il est impossible d'évaluer dans quelle mesure le soutien apporté leur a permis d'améliorer leur bien-être parental. Toutefois, pour les trois participants ayant complété le questionnaire post-programme, les résultats révèlent qu'un parent d'accueil (Rose, FA 4) a perçu une légère hausse de son bien-être parental. Les deux autres participants, Étienne (FN 3) et Suzie (FA 6), ont, pour leur part, indiqué une légère baisse (écart de 3 points). Il est intéressant de noter que l'amélioration de la perception du bien-être parental concerne la seule participante (Rose, FA 4) ayant effectué le programme jusqu'à la cinquième rencontre. Cette rencontre consistait à visiter un organisme communautaire du milieu en lien avec le TM et a entraîné plusieurs modifications, chez le parent aidant, en ce qui concerne sa perception du TM (diminution de ses attentes, meilleure écoute d'elle-même et du jeune). La baisse du bien-être parental perçue chez les deux autres parents aidants, soit Étienne (FN 3) et Suzie (FA 6), pourrait s'expliquer par d'autres éléments. Dans le cas d'Étienne (FN 3), deux rencontres n'ont pas pu être réalisées compte tenu de son manque de disponibilité. Pour ce qui est de Suzie (FA 6), des gestes sexuels inappropriés de la part de l'adolescent ont eu lieu en milieu d'accueil pendant la durée du stage, ce qui a généré une situation de retrait de l'hébergement en cours de l'adolescent. Ces deux situations supposent que les parents aidants n'ont pas été en mesure d'expérimenter de nouvelles interventions auprès du jeune visé par le programme, ce qui peut expliquer l'absence d'amélioration quant à leur sentiment de bien-être comme parents.

Tableau 6 : Résultats obtenus en pré-test (temps 1) et post-test (temps 2) à l'évaluation de la perception du bien-être comme parent

Scores Participants			
	Temps 1 (sur 48)	Temps 2 (sur 48)	Écart
Irène FN 1	39	-	n/a
Lucie FN 2	39	-	n/a
Étienne FN 3	40	37	-3
Rose FA 4	40	41	+1
Nancy FA 5	44	-	n/a
Suzie FA 6	32	29	-3

Le tableau 7 présente les résultats obtenus par les participants lors de la passation des évaluations de la perception de l'efficacité parentale¹², et ce, avant le début du programme (temps 1) et à la fin de celui-ci (temps 2) (Annexe J). Ces données révèlent que tous les participants se percevaient efficaces dans leur rôle parental avant la mise en place du programme de soutien (temps 1). En effet, ces derniers présentaient un score variant de 88 à 119, pour une moyenne de 103,83 sur 126.

Malheureusement, trois participants n'ont pas complété le processus d'évaluation à la fin du programme. Pour les trois autres participants, Étienne (FN 3), Rose (FA 4) et Suzie (FA 6), il est toutefois possible de tirer certains constats. Les résultats indiquent une moyenne de 100,66 pour ces trois participants. Les deux parents aidants jouant leur rôle au sein d'une FA ont perçu une augmentation de leur efficacité parentale à la suite de leur participation au programme de soutien. Les résultats du troisième participant, qui est un parent naturel, révèlent néanmoins une diminution de la perception de son efficacité parentale à la fin du programme. La présence de problématiques personnelles (consommation, impulsivité, etc.), sociales (difficulté à trouver un emploi) et familiales (absence de soutien des membres de sa famille) pourraient justifier une indisponibilité psychologique de la part de ce dernier par rapport à l'aide offerte dans le cadre du stage.

Tableau 7 : Résultats obtenus en pré-test (temps 1) et post-test (temps 2) à l'évaluation de la perception de l'efficacité parentale

Scores Participants	Temps 1 (sur 126)	Temps 2 (sur 126)	Écart
Irène FN 1	119	-	n/a
Lucie FN 2	88	-	n/a
Étienne FN 3	109	100	-9
Rose FA 4	102	108	+6
Nancy FA 5	116	-	n/a
Suzie FA 6	89	94	+5

¹² Voir l'outil présenté à la section 3.2.3 de cet essai.

4.2.4 Les attentes et les besoins des parents aidants

Lors de la première rencontre avec chaque parent aidant, les besoins de celui-ci concernant la problématique présentée par le jeune ciblé ont été explorés. Cette étape déterminante du programme a été appliquée tout en respectant l'approche centrée sur les solutions. Dans le cadre de cet entretien, l'intervenante-stagiaire a recueilli des informations pertinentes afin d'orienter efficacement l'intervention à l'aide pédagogique qu'est « le plan de soutien ». L'analyse des besoins exprimés par les parents aidants a révélé que cinq d'entre eux éprouvaient le besoin d'obtenir de l'information concernant le TM du jeune ou les symptômes associés. Certains parents souhaitaient également augmenter leurs connaissances en ce qui concerne les attentes réalistes qu'ils pouvaient avoir en ce qui concerne le niveau de maturité de leur jeune (n=2), les interventions appropriées au TM en présence (n=2), les interventions indirectes à privilégier avec le jeune (ex. : allégorie) (n=1), ainsi que les ressources externes disponibles pour recevoir du soutien (n=1). D'autres besoins ont été exprimés, tels que le fait d'améliorer la communication avec son jeune (n=2), le désir de mieux comprendre les attitudes et les comportements du jeune (n=3), ainsi que le développement de stratégies afin d'amener le jeune à reconnaître la responsabilité qui lui incombe dans son comportement et son attitude (n=2).

Le tableau 8 présente les attentes et les besoins exprimés par les participants lors de la première rencontre. Lors de cette rencontre, une collecte d'informations a été effectuée. Celle-ci a permis d'élaborer un plan de soutien (Annexe G).

Tableau 8: Attentes et besoins des participants et activités réalisées par l'intervenante-stagiaire pour y répondre

Participants	Attentes et besoins	Activités réalisées par l'intervenante-stagiaire
Irène FN 1 (3 rencontres réalisées, indisponible pour terminer le programme)	<ul style="list-style-type: none"> • Amener le jeune à reconnaître sa part de responsabilité; • Obtenir de la documentation, faire des lectures. 	Trois entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents sur le TDAH et le trouble des conduites (description, interventions).
Lucie FN 2	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une meilleure communication avec son fils. 	Quatre entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents sur le TDAH (description, interventions), information concernant les ressources associées (AQUETA SLSJ ¹³ et ressources électroniques).
Étienne FN 3 (2 rencontres réalisées, indisponible pour terminer le programme)	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre ce qu'est le TDAH; • Connaître les interventions associées. 	Deux entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents sur le TDAH (description, interventions).
Rose FA 4	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le trouble anxieux; • Connaître le niveau de maturité de l'adolescente; • Connaître les interventions associées. 	Cinq entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents au sujet du trouble anxieux (description, traitement, interventions), information sur les ressources associées (GRTP et ressources électroniques).
Nancy FA 5	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des attentes réalistes envers l'adolescente; • Connaître des interventions indirectes; • Recevoir de l'information concernant le trouble de l'attachement et la dépression. 	Quatre entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents sur le TM (description, interventions, allégories), information concernant les ressources associées (Le Maillon, ressources électroniques PÉTALES).
Suzie FA 6	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre ce qu'est le trouble narcissique (attitudes et comportements); • Avoir une meilleure communication. 	Quatre entrevues, écoute active, ventilation, renforcements, discussions, réponses aux questionnements, transmission de documents au sujet du TM (description, interventions), information ressources associées (Le Maillon et ressources électroniques).

4.3 La période post-programme

4.3.1 Les retombées perçues par les intervenants.

Certaines retombées du programme de soutien ont été observées par les intervenants cliniques (n=5). Ces retombées peuvent être regroupées en trois grandes dimensions, à savoir : les retombées sur le parent aidant, sur l'environnement de ce dernier et sur le suivi psychosocial.

¹³ AQUETA SLSJ porte maintenant le nom de l'organisme PANDA.

D'abord, tous les intervenants (n=5) ont noté des retombées intéressantes du programme en ce qui concerne le rôle du parent aidant auprès du jeune souffrant d'un TM. Selon eux, la compréhension du comportement du jeune en lien avec le TM a permis aux parents aidants de diminuer leur sentiment de culpabilité, tout en favorisant chez eux une position d'intervention plus affirmative. Ils sont également d'avis que la transmission de l'information relative au TM a également entraîné des changements positifs dans le rôle joué par les parents aidants. En favorisant une meilleure compréhension de la problématique de santé mentale, le programme aurait ainsi contribué à diminuer les attentes des parents aidants vis-à-vis le jeune, de même que les exigences qu'ils s'attribuaient dans leur rôle auprès de ce dernier. Bref, ces intervenants sont d'avis que les parents aidants qui ont participé au programme ont augmenté leur sensibilité aux besoins de leur jeune, qu'ils étaient davantage à son écoute, tout en dégagant plus de confiance en leurs capacités parentales.

L'attitude du parent aidant envers le jeune a changé. Elle a diminué les sentiments de culpabilité et a changé sa façon de communiquer avec lui [Intervenant 1 à propos de Suzie].

La famille a obtenu davantage d'informations en lien avec le trouble anxieux [Intervenant 5 à propos de Nancy].

Ces rencontres ont permis de comprendre davantage la problématique du jeune et ainsi diminuer les attentes vis-à-vis lui et leurs exigences [Intervenant 4 à propos de Rose].

En outre, quatre intervenants ont souligné l'influence positive du programme de soutien dans l'environnement des parents aidants. Selon leurs observations, le climat familial des parents ayant participé au programme était plus positif en raison de la diminution des tensions. À leurs yeux, la diminution des exigences chez les parents aidants a contribué à l'amélioration du climat familial. Les sources de conflits ont, par conséquent, été réduites, ce qui a eu pour effet de diminuer les réactions et comportements négatifs chez les jeunes, tout en baissant leur niveau de stress. En ayant davantage de confiance en leur jugement, les intervenants soulignent que les parents

aidants ont eu le sentiment de mieux soutenir leur jeune dans les travaux scolaires à réaliser à la maison.

Parce que Mme se sentait plus dégagée donc plus affirmée, l'atmosphère est plus détendue à la maison. [...] Lors de la période couverte, une atmosphère plus saine et moins de conflits étaient présents. Le jeune se sentait moins persécuté [Intervenant 1 à propos de Suzie].

En ayant moins d'attentes, donc moins d'exigences, il y a beaucoup moins de tensions dans le milieu familial [Intervenant 4 à propos de Rose].

En dernier lieu, quatre intervenants ont noté des retombées positives du stage sur le plan du suivi psychosocial. À cet égard, ils ont souligné la force de l'approche personnalisée et ciblée qui, selon eux, était très pertinente afin d'aborder le malaise vécu par les parents aidants et de s'adapter de façon appropriée à leurs besoins. Ils étaient également d'avis que cette approche permettait aux parents de se reconnaître davantage de compétences et de se sentir validés dans leurs intuitions quant aux comportements de leur jeune. En ce sens, le programme de soutien a été perçu comme un complément au suivi psychosocial, car il permettait de mieux informer les parents aidants concernant le TM vécu par leur jeune. Le soutien offert a donc permis, selon ces intervenants, d'élargir l'éventail de moyens susceptibles d'aider les parents aidants dans leur rôle auprès d'un jeune ayant un TM ou des symptômes associés.

Le couple a d'ailleurs témoigné à l'effet que les rencontres et les moyens suggérés ont été très aidants et qu'ils ont bénéficié directement de ce support en ce sens qu'ils ont apporté des changements à leurs interventions [Intervenant 4 à propos de Rose].

Elle répond (participation au programme) aux besoins plus spécifiques et apporte des solutions concrètes aux demandes du parent aidant [Intervenant 1 à propos de Suzie].

Gros coup de main par rapport à la problématique. Les étapes sont simples, courtes et faciles à comprendre pour le client [Intervenant 3 à propos d'Étienne].

Bref, les intervenants ont noté des améliorations qui font référence à l'importance de tenir compte des services déjà en place en lien avec la problématique du jeune afin de permettre un meilleur arrimage des informations données au parent aidant. Ils soulignent toutefois que le programme devrait être offert sur une période plus longue. De plus, il devrait, selon eux, être offert à un plus grand nombre de participants, de même qu'aux adolescents souffrant d'un TM.

Il pourrait être intéressant que le programme tienne compte des suivis déjà en place en lien avec la problématique du jeune afin de permettre un meilleur arrimage des informations données à la FA [Intervenant 5 à propos de Nancy].

Accepter davantage de clients sur une plus longue période. Ouvrir aux ados! [Intervenant 3 à propos d'Étienne]

4.3.2 Les retombées perçues par l'intervenante-stagiaire.

En ce qui me concerne, en tant qu'intervenante-stagiaire ayant mis sur pied et dispensé le programme de soutien, j'ai observé une meilleure connaissance du TM ou des symptômes associés de la part des participants. Les parents aidants qui ont reçu du soutien dans le cadre du programme ont démontré une satisfaction et un soulagement lorsqu'ils possédaient les informations pertinentes au sujet du TM de leur jeune. Ils ont également exprimé être maintenant en mesure de mieux identifier les comportements et les attitudes de leur jeune. À mes yeux, ces parents font davantage preuve d'empathie envers leur jeune et sont plus aptes à distinguer ce qui est relié au développement normal d'un jeune et ce qui est attribué à la présence d'un TM ou des symptômes associés.

Bien que je dresse un bilan largement positif des retombées de ce programme, certaines limites méritent à mon avis d'être soulevées quant à sa mise en œuvre. À mon avis, pour entraîner des résultats positifs, ce programme nécessite que les parents aidants qui acceptent d'y participer soient disponibles jusqu'à la fin et que leur motivation au

changement soit présente. Or, dans le cadre du stage, nous avons constaté que la majorité des parents d'accueil ont démontré ce niveau de disponibilité et de motivation, alors que ce fut le cas seulement pour un parent naturel. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées quant à ce constat. Est-ce que le parent naturel a davantage de difficultés à être disponible et motivé lorsqu'il est impliqué émotionnellement dans le contexte familial et qu'il vit lui-même des problèmes liés à ses compétences parentales? Est-ce que la stabilité dans le milieu de vie du parent d'accueil facilite l'accomplissement du suivi offert par le programme?

4.3.3 La satisfaction des parents aidants ayant participé au stage.

Sur les six parents ayant reçu du soutien dans le cadre du programme, cinq ont complété le questionnaire de satisfaction à la fin de ce dernier. En effet, la satisfaction des interventions offertes à Irène (FN 1) dans le cadre du programme n'a pu être évaluée en raison de l'indisponibilité de celle-ci afin de se présenter à la dernière rencontre prévue dans le cadre du programme. Cependant, une discussion avec l'intervenant clinique de la mère a révélé que cette dernière était satisfaite des interventions offertes dans le cadre du programme. Cet intervenant a précisé que la mère était alors en démarche judiciaire quant à l'orientation du projet de vie de son fils, afin de maintenir l'hébergement en CR à long terme, ce qui expliquait, selon lui, son manque de disponibilité. Bien que l'intervenante-stagiaire ait tenté de rejoindre la mère par téléphone et par courrier afin de recevoir le questionnaire de satisfaction du parent, ces tentatives de communication se sont avérées sans réponse.

Les cinq parents aidants qui ont complété le questionnaire de satisfaction ont, quant à eux, souligné les nombreuses retombées positives du programme dans leur vie. Ces parents étaient très satisfaits du soutien reçu et ont tous souligné la pertinence des informations obtenues sur le TM de leur jeune. Ces informations leur ont permis de développer des connaissances sur le TM en question et de normaliser la situation vécue par leur jeune. Pour tous les parents (n=5), cette meilleure connaissance du TM a

contribué à poser un regard différent sur le jeune qui en souffre, tout en étant en mesure d'interagir plus positivement avec lui au quotidien.

Je réfléchis beaucoup et j'ai réduit mes attentes, je suis plus à l'écoute de moi-même et pour les enfants aussi [Rose].

La réflexion, mes comportements sur l'attente des autres et de ne jamais baisser les bras face à nos problèmes et aider les enfants et être à leur écoute [Rose].

L'impact que ça l'a eu sur moi, ça m'a beaucoup aidée à me sentir plus comprise et que c'était normal de se sentir parfois impuissante par certains comportements difficiles. Et, de savoir qu'elle façon est la mieux pour si prendre. J'ai repris confiance en moi sur la façon dont je travaille avec mon jeune [Suzie].

Outre cette nouvelle perception du TM chez ces parents, des conséquences positives furent aussi observées chez le jeune. Dans certains cas (n=3), les parents ont noté une diminution des manifestations liées au TM chez le jeune, de même qu'une amélioration de son comportement. À cet égard, les parents estimaient que leur enfant collaborait davantage à leurs demandes, ce qui facilitait leurs relations avec ce dernier.

J'ai conclu que je devais négocier avec mon garçon. Exemple : pour faire la chambre, je la fais avec lui et il m'aide pour des tâches ménagères simples [Lucie].

La ou les personnes aidantes en ayant moins d'exigences, il y a moins de sources de conflits. Par conséquent, il y a un impact au niveau personnel du jeune qui est moins en réaction ou moins stressé, et il y a le milieu familial qui est moins tendu [Rose].

Aussi, plusieurs techniques de soutien utilisées par l'intervenant-stagiaire se sont avérées bénéfiques, selon l'avis des parents. En effet, les parents aidants ont souligné leur appréciation de différents comportements de soutien dans le cadre du stage de pratique spécialisée, tels que l'écoute (n=2), l'accompagnement (n=2) et la documentation offerte

(n=2). L'un d'eux a également mentionné qu'il se sentait en confiance avec l'intervenante-stagiaire, ce qui a facilité la mise en œuvre du programme.

Merci pour ton soutien. J'ai énormément aimé que tu sois là quand j'en ai eu besoin [Suzie].

De me sentir écoutée. Elle prenait le temps de me parler et j'ai reçu beaucoup d'informations et beaucoup de documentation que j'ai conservées [Rose].

Ce que j'ai le plus apprécié c'est l'approche, le sérieux, le but des rencontres atteint avec Mme Belley (intervenante-stagiaire). Sur les informations qui ont amélioré ma perception et celle de mon fils, concernant le TDA et cela je ne l'oublierai jamais, je la remercie beaucoup! [Lucie].

Malgré les nombreuses retombées positives associées au programme dans le discours des participants, un parent a relevé quelques insatisfactions. Bien qu'il ait apprécié la documentation offerte par l'intervenante-stagiaire, ce dernier était d'avis que les informations ainsi fournies étaient trop nombreuses et redondantes, ce qui devenait irritant pour lui.

J'aurais le seul conseil à donner ...seulement qu'il y a trop de documentation à lire qui se répète beaucoup [Lucie].

CHAPITRE V

LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre discute les résultats issus de ce stage de pratique spécialisée à la lumière des écrits scientifiques recensés sur la question. À la lumière de cette expérience et de l'évaluation qui en a été faite par plusieurs acteurs impliqués (parents aidants, intervenants, intervenante-stagiaire), différentes recommandations sont ensuite proposées afin de permettre de poursuivre et d'améliorer le programme de soutien mis en place.

5.1. Les approches et les besoins des parents aidants qui soutiennent des jeunes ayant au moins un TM ou des symptômes associés

La mise en place du programme de soutien individualisé qui fait l'objet de cet essai s'inscrit dans une approche centrée sur les forces, qui favorise l'établissement d'un partenariat entre les services du CJ et la famille du jeune. À cet égard, Landry Balas (2008) affirme que cette façon de se représenter les parents implique de travailler avec eux, en considérant qu'ils sont une partie de la solution, plutôt que de les cibler comme faisant partie du problème. Dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée, cette approche semble avoir contribué à la satisfaction des participants, qui sont tous d'avis que le programme de soutien a permis de répondre à plusieurs de leurs besoins. Ainsi, les parents aidants ont noté plusieurs retombées positives à la suite de leur participation au programme, notamment en ce qui concerne leurs besoins d'être informés, d'améliorer la communication avec leur jeune, de connaître les interventions appropriées au TM ciblé, de mieux comprendre leur jeune et de le responsabiliser dans ses choix et ses actions, de développer des façons d'intervenir auprès de lui, tout en identifiant des ressources susceptibles de lui venir en aide. Ces besoins sont également identifiés dans plusieurs études, qui documentent les retombées positives des interventions qui offrent du soutien concret aux parents. En ce sens, Home et Pearce (2003) indiquent que lorsque le parent reçoit du soutien formel, que ce soit d'un médecin, d'un psychologue ou d'un travailleur social, afin d'aider son enfant ayant une incapacité invisible, en l'occurrence un TDAH, il peut ressentir de la satisfaction dans son rôle du fait qu'il développe de nouvelles capacités (ex : exercices de relaxation, livre informatif sur le sujet). D'autres études

soulignent, quant à elles, les bénéfices en lien avec les programmes psychoéducatifs dispensés aux familles générales qui ont pour effet de diminuer le fardeau et la fatigue chez celles-ci (Caron et al., 2005; Home et Pearce, 2003).

De plus, le programme élaboré et mis sur pied dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée se distingue par le fait qu'il répond aux besoins de parents aidants qui ont à intervenir auprès de jeunes qui présentent différents TM, tout en leur apportant du soutien. En effet, ce programme a permis de répondre aux besoins de six parents aidants, tout en impliquant plus de sept TM différents chez les jeunes visés par le programme. Dans trois situations, une comorbidité de troubles mentaux était présente chez les jeunes, ce qui contribuait à complexifier le soutien offert aux parents aidants. Ainsi, l'intervenante-stagiaire devait offrir de l'information concernant les TM combinés et favoriser une compréhension adéquate de ceux-ci. Cette multiplicité des besoins en présence constitue un défi de taille dans le cadre d'un stage, puisque la pertinence des interventions envisagées doit être évaluée à la lumière de plusieurs TM en présence qui peuvent, en raison de leur nature distincte, nécessiter des solutions parfois contradictoires. Ainsi, selon plusieurs auteurs, la réponse aux besoins spécifiques des personnes souffrant de comorbidité relève de trois niveaux de services, à la fois cliniques, thérapeutiques et organisationnels (Denis, 2013; Dumas, 1991; Quirion et Di Gennaro, 2000).

Afin de répondre à ces besoins multiples et parfois contradictoires, le soutien individuel s'est révélé un choix judicieux dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme de soutien. Selon Deslauriers et Hurtubise (2000, p.95), l'intervention individuelle :

« vise, d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale ».

Dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée, l'intervention individuelle a permis à l'intervenante-stagiaire de répondre aux besoins spécifiques de chaque parent aidant, en fonction de son vécu et des TM en présence. Le caractère unique de chaque situation a ainsi été reconnu, tant en ce qui concerne les besoins en présence que les forces et compétences démontrées par le parent aidant. Inscrite dans une approche centrée sur les forces, cette intervention individuelle a permis de favoriser la participation des parents aidants en reconnaissant leurs forces et leurs compétences, des pratiques de plus en plus encouragées afin de venir en aide aux familles en difficulté (Pouliot, Turcotte et Monette, 2009).

L'expérience de l'intervention individuelle a permis de constater que la persistance des parents dans le programme de soutien n'a pas été optimale. De ce fait, nous pouvons nous questionner à savoir si ces parents pourraient joindre une démarche de groupe visant les mêmes objectifs. Ces manques pourraient affecter la dynamique de groupe mais, à l'inverse, le groupe et le soutien qu'il apporte pourraient peut-être avoir un effet motivant sur les participants.

5.2. Les facteurs qui facilitent et entravent la mise en œuvre du soutien offert aux parents aidants dans le cadre du programme

Lors de la mise en application du programme, certains facteurs ont contribué à faciliter ou à entraver le soutien offert aux parents aidants. Ces facteurs peuvent être classés en quatre principales catégories : (a) les facteurs contextuels liés aux participants; (b) les facteurs organisationnels inhérents au milieu de stage; (c) les facteurs personnels liés à l'intervenante-stagiaire, ainsi que (d) les facteurs liés à l'encadrement de la démarche.

5.2.1 Les facteurs liés au contexte de vie des participants

La stabilité du milieu de vie des jeunes ciblés dans le programme de soutien a été un facteur déterminant dans le maintien de la participation des parents aidants. À cet égard, il importe de rappeler que deux parents aidants, qui étaient les parents naturels (1

père, 1 mère) du jeune, n'ont pu compléter le programme en entier. Dans ces deux situations, le manque de disponibilité des parents semble lié à l'instabilité importante de leur contexte familial et aux comportements difficiles exprimés par leur jeune. Dans l'un des cas, l'adolescent maintenait des comportements d'agressivité reliés au TDAH et au trouble de conduites sévères. Ainsi, la situation de crise de ce milieu familial a suscité, chez le parent aidant, une disponibilité réduite afin de participer aux rencontres pourtant nécessaires afin de compléter le programme. Le parent aidant a dû participer à des rencontres successives et nombreuses afin de se présenter au tribunal et devant les différents intervenants en PJ afin de résorber la crise familiale. L'adolescent fût retiré de son milieu familial et il a été hébergé en CR. Selon l'étude du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2016), plusieurs facteurs de protection et de risque influencent la santé mentale d'un jeune. Les facteurs de protection concernent, notamment, le fait d'avoir un environnement pouvant favoriser le développement, la disponibilité d'un soutien approprié sur le plan social et émotionnel, ainsi que l'accessibilité à des services de soutien dans la collectivité. La présence d'instabilité dans le milieu familial (crise) et l'indisponibilité qui en découle peuvent donc contribuer au maintien du TM chez le jeune. Les conflits dans le milieu de vie peuvent également avoir un lien quant au développement de troubles mentaux¹⁴.

Dans l'autre cas, les difficultés de comportements du jeune de six ans, les problèmes de consommation de son père, ainsi que l'augmentation des heures de travail de ce dernier ont été des obstacles à la poursuite de la participation du parent au programme de soutien. Le père a manqué quelques rencontres avec l'intervenante-stagiaire, il a été rencontré à plusieurs reprises par l'intervenante sociale du CJ et l'enfant a dû être retiré de son milieu familial afin d'être hébergé en FA. Dans ces deux situations, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant afin de rejoindre les participants par l'entremise de leur intervenant clinique, par courrier ou par voie téléphonique. Malgré toutes ces tentatives, il n'a pas été possible de trouver une solution convenable pour

¹⁴ Voir la référence suivante à ce propos : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale>).

maintenir le soutien offert. Pour les quatre autres familles ayant bénéficié de soutien dans le cadre du programme, la stabilité du milieu familial semble avoir facilité la participation à l'ensemble des rencontres prévues initialement.

Au-delà de la stabilité du milieu de vie des participants, la motivation et la disponibilité de ceux-ci demeurent des éléments essentiels au soutien offert. Ces familles reçoivent des services psychosociaux du CJ et d'autres professionnels ou organismes (CSSS, psychologues, médecins, scolaire, etc.). De plus, elles ont souvent d'autres enfants dont elles ont la responsabilité. La présence ou non d'un conjoint est également un facteur pouvant influencer la motivation ou la disponibilité du parent aidant. Ainsi, les multiples engagements du participant sont susceptibles de venir entraver la possibilité de poursuivre ou non le programme. Heureusement, malgré ces différents contextes familiaux, quatre familles sur six ont maintenu leur participation active jusqu'à la dernière rencontre proposée par le programme de soutien. Un parent d'accueil aidant a même souhaité participer à la cinquième rencontre, qui était facultative afin de compléter le programme.

5.2.2 Les facteurs organisationnels liés au milieu de stage

Outre les activités et les approches utilisées dans le cadre du stage, plusieurs facteurs ont facilité la mise en œuvre du stage. Plus particulièrement, les ressources humaines disponibles au sein de l'organisme de stage ont, sans aucun doute, contribué à la réalisation du programme de soutien. Tous les intervenants consultés au sein de l'établissement et du réseau ont fait preuve d'un accueil respectueux et d'une ouverture sans limite. Aussi, la disponibilité des ressources (humaines et matérielles) en santé mentale au sein du milieu de stage a favorisé une meilleure qualité des services offerts dans le cadre du programme. Ainsi, l'accessibilité aux volumes de références, aux intervenants et aux professionnels de l'établissement ont facilité l'exécution des étapes de réalisation du stage. Une économie de temps et d'énergie ont permis de maximiser les efforts à l'accomplissement des rencontres avec les parents-aidants. Notons que la spécialisation en santé mentale de la superviseuse de stage a eu comme conséquence

d'enrichir les connaissances et le cheminement professionnel de l'étudiante-stagiaire. Cette expertise a amené l'étudiante à réfléchir sur différentes options d'intervention, tout en se sentant rassurée et me convaincue quant à la pertinence de son rôle auprès des parents aidants. Le fait de bénéficier d'un bureau au sein de l'organisme pendant la période du stage a également permis à l'étudiante-stagiaire d'effectuer un travail consciencieux et rigoureux dans un environnement calme favorisant la réflexion, la concentration, la préparation, la recherche, la discussion et la communication. La générosité des parents aidants et des intervenants est également un élément qui a contribué à la formation de l'intervenante-stagiaire. L'avis de ceux-ci ainsi que leurs vécus partagés dans leur contexte de travail ou de soutien ont permis de mieux saisir et de comprendre la réalité et les besoins en présence. Sans la précieuse collaboration de ces acteurs, il aurait été difficile de reconnaître adéquatement les besoins spécifiques des jeunes bénéficiant des services de la PJ.

5.2.3 Les facteurs liés à l'intervenante-stagiaire

En tant qu'intervenante-stagiaire j'ai su exploiter mes habiletés et connaissances acquises dans mes fonctions professionnelles d'intervenante sociale au CIUSSS du SLSJ. Des techniques telles que l'écoute, la reformulation, le renforcement et le contact visuel ont été utilisées lors des entretiens individuels avec chacun des participants. L'utilisation d'un plan d'action m'a permis de personnaliser l'intervention et de suivre l'objectif déterminé avec le parent aidant. Enfin, la phase de terminaison du programme fut appliquée par l'évaluation de la satisfaction du travail accompli (Deslauriers et Hurtubise, 2000). Aussi, un facteur ayant favorisé la mise en œuvre du stage concerne mon expérience professionnelle et personnelle. Mes quatorze années d'expérience de travail en relation d'aide font en sorte que mes habiletés sont développées et bien maîtrisées (écoute, contact visuel, renforcement, communication, etc.). En ce qui concerne l'expérience personnelle, le fait d'être parent et d'avoir quatre enfants facilite ma compréhension des besoins des parents aidants, l'empathie par rapport aux problèmes qu'ils rencontrent dans leur rôle, ainsi que la résolution de problèmes axée sur le bien-être de l'enfant.

5.3. Les avantages et les limites du programme de soutien

La mise en application de ce programme met de l'avant de nombreux avantages. D'abord, l'utilisation et l'exploitation approfondie de plusieurs approches complémentaires ont favorisé une meilleure réponse aux besoins des participants. Le fait de considérer le participant en relation avec les personnes de sa famille (jeune ayant un TM ou des symptômes associés) et de son environnement (milieu de vie, organisations impliquées : CJ ou autres), tout en reconnaissant ses forces et ses compétences, fut un facteur facilitant la participation des parents aidants au programme. Dans le même sens, le fait de considérer les capacités des parents aidants à résoudre leurs difficultés par l'entremise de leurs forces, tout en leur dispensant des services dans leur milieu de vie a permis de mettre de l'avant des interventions efficaces et bénéfiques auprès des parents. En favorisant une vision positive et constructive des parents aidants lors des rencontres de soutien, ces derniers ont peu à peu développé un sentiment de compétence afin de jouer leur rôle parental malgré les situations complexes dans lesquelles ils se trouvaient. Cette façon de faire a favorisé la résilience familiale face aux TM ou aux symptômes qui y sont associés.

La grande capacité d'adaptation de l'intervenante-stagiaire face aux différents besoins des participants et à leurs disponibilités est également un avantage du programme. De ce fait, chaque participant a pu bénéficier de rencontres de jour ou de soir, selon sa réalité familiale. Ce sont les disponibilités du participant qui ont déterminé le moment opportun afin d'offrir du soutien. De plus, l'intervenante-stagiaire se présentait dans le milieu de vie des participants, ce qui a limité les problèmes de transport, de gardiennage, de temps ou d'organisation qui auraient pu, dans un autre contexte, nuire à leur participation au programme.

En outre, la nature des rencontres individuelles a permis aux participants d'avoir une liberté d'expression, qui leur a permis de poser les questions désirées sans craindre d'être jugés. Ce type d'intervention individualisée favorise également la personnalisation des informations transmises, c'est-à-dire que chaque participant reçoit les informations

concernant le TM de son jeune et non des données concernant un autre trouble dont il ne souhaite pas discuter.

À la suite de la réalisation du stage de pratique spécialisée, certaines limites peuvent toutefois être identifiées. D'une part, seul un petit groupe de participants a pu bénéficier du programme mis en œuvre. Néanmoins, dans le futur, il est possible d'envisager un nombre plus important de participants, puisqu'il s'agit d'un service individualisé et non de groupe. Le nombre de participants peut donc varier selon la disponibilité de l'intervenant-animateur du programme de soutien.

De plus, le manque d'expérience de l'intervenante-stagiaire quant à l'application de certaines approches, soit l'approche centrée sur les forces, l'approche psychoéducative et l'approche centrée sur les solutions, a sans aucun doute diminué la qualité du soutien offert aux parents aidants. Cette difficulté fut amplifiée, dans le cadre du stage, en raison de la comorbidité des TM qui était présente dans certaines familles et qui pouvait complexifier le soutien offert par l'intervenante-stagiaire. Une meilleure connaissance des TM et des interventions efficaces pour intervenir auprès des parents pourraient permettre d'améliorer le soutien offert aux participants (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Ainsi, il est important de tenir compte des répercussions potentielles des interventions proposées pour un TM identifié sur la présence d'un autre TM pouvant être présent chez un même jeune. Par exemple, si un jeune démontre de la paranoïa et que ce symptôme est associé aux idéations suicidaires, l'intervenant devra s'assurer d'informer et d'éduquer le parent aidant sur les interventions qui peuvent diminuer l'attitude paranoïaque du jeune, sans pour autant augmenter les idéations suicidaires chez ce dernier.

Enfin, il serait intéressant de vérifier si la participation au programme a des effets sur les jeunes. La passation d'un questionnaire post-programme aux jeunes dont les parents aidants ont bénéficié du programme de soutien pourrait révéler les résultats de ces changements. Est-ce que le maintien et la stabilisation du jeune dans son milieu de vie

ont été possibles? Quels sont les facteurs ayant influencé ces résultats? Est-ce que la participation au programme de soutien a permis de faire une différence dans le parcours de ces jeunes?

5.4. Les pistes d'intervention et de recherche qui se dégagent du stage

Encore aujourd'hui, les familles sont trop souvent laissées pour compte lorsqu'un de leurs membres présente un TM ou des symptômes associés. Dans un tel contexte, les services offerts par le CJSLSJ doivent se poursuivre et, en ce sens, permettre de maximiser le rendement des interventions psychosociales destinées aux parents aidants. Pour ce faire, voici certaines recommandations qui semblent particulièrement pertinentes à la suite de l'expérimentation du programme de soutien aux parents aidants ayant un jeune souffrant d'au moins un TM ou des symptômes associés. Ces recommandations font référence : (a) au partenariat avec la famille, (b) à la formation et (c) aux services spécialisés.

D'abord, il est primordial que l'établissement dans lequel le programme s'inscrit considère que les parents aidants sont des acteurs pouvant jouer un rôle déterminant auprès des jeunes ayant un TM ou des symptômes associés. Ainsi, dès le début du suivi psychosocial d'un jeune présentant des signes de TM, le parent aidant doit être interpellé comme partenaire du suivi spécifique aux symptômes du TM. Établir une proximité d'intervention avec celui-ci pourra permettre la mise en place d'une aide et d'un soutien constants auprès du jeune. Le parent aidant devient le prolongement de l'intervenant en milieu familial. Cette ressource devient un pivot important pouvant favoriser l'amélioration de l'état psychologique du jeune. Toutefois, pour être aussi efficace, il doit être considéré et reconnu comme faisant partie de la solution (Berg, 1996, 2001). Par exemple, le parent peut être interpellé lors de l'élaboration du plan d'intervention non seulement en PJ mais également en ce qui a trait au TM de son jeune. Il pourrait éventuellement participer aux rencontres entre le psychologue, le médecin et l'infirmière en SM. L'exploitation des forces et des compétences de ce parent aidant (Turcotte, Saint-Jacques et Pouliot, 2008), tel que définie par l'approche centrée sur les forces, augmente

sans aucun doute son engagement et sa stabilité auprès du jeune. Une relation constructive et aidante entre le parent aidant et le jeune peut alors se développer. Une fois installée, cette relation permet davantage l'écoute et la sensibilité aux besoins du jeune. Le parent aidant peut alors être plus enclin à poursuivre une aide adéquate sans qu'il ait l'impression d'être inutile, impuissant et responsable des impacts du TM. La présence de déculpabilisation, de compréhension du TM, de normalisation des sentiments vécus par le parent et le renforcement de ce dernier permettent à celui-ci de se sentir utile et important dans le rôle de soutien offert à son enfant ayant un TM ou des symptômes associés. Il est envisagé que ce lien pourrait diminuer les hébergements substituts dans le cas du soutien offert au parent aidant naturel, limiter le transfert d'une famille d'accueil à une autre et réduire l'hébergement en centre de réadaptation interne.

Ensuite, afin de favoriser ce partenariat reconnu et essentiel au rétablissement du jeune, la formation des intervenants doit être un élément à considérer. Effectivement, les intervenants doivent obtenir davantage de formations quant à l'approche à utiliser dans ces situations complexes qui impliquent des TM. Les approches centrées sur les forces et les solutions privilégient une vision donnant une importance centrale aux capacités internes de la personne. Effectivement, les intervenants doivent être davantage informés sur ces approches afin de mieux adapter leurs interventions et maximiser ainsi le rétablissement du jeune ayant un TM ou des symptômes associés. Ainsi, le CJ devrait offrir une formation de base en TM afin d'améliorer les compétences spécialisées de leurs intervenants. Cette façon d'envisager le changement comme étant possible et concret vient augmenter l'efficacité du suivi psychosocial. Le rendement et la performance de l'intervenant sont alors amplifiés, tout en offrant un suivi clair et bien défini. Outre le souci de s'assurer de la diminution et de l'élimination de la compromission en ce qui a trait à la sécurité ou au développement de l'enfant, l'intervenant agit donc simultanément sur les besoins du jeune ayant au moins un TM ou des symptômes associés.

Enfin, à la suite du stage de pratique spécialisée, nous recommandons la poursuite du programme de soutien offert aux parents aidants auprès d'un jeune ayant au moins un

TM ou des symptômes associés. Cette intervention personnalisée a comme avantage de rejoindre et d'aider le plus grand nombre de jeunes qui présentent un TM ou des symptômes associés. La particularité du soutien offert dans le cadre de ce programme réside dans les approches privilégiées ainsi que dans sa souplesse. Ainsi, le soutien offert vient répondre à différents besoins des parents aidants, et ce, peu importe leurs disponibilités et leurs besoins spécifiques. Étant donné les retombées positives associées au déroulement du stage de pratique spécialisée, nous recommandons que le programme se poursuive à l'aide d'une équipe d'intervenants spécialisés sur la question des TM et pouvant dispenser leurs services aux jeunes qui en sont atteints de même qu'à leurs parents. Incluant tant les parents aidants naturels que les parents d'accueil, ce programme gagnerait à être appliqué en partenariat avec le syndicat des familles d'accueil qui est implanté depuis 2012. Depuis la réalisation du stage, le programme proposé n'a pas été pérennisé, mais l'ajout de deux psychologues (dont un offrant ses services à l'externe) a été effectué.

Le développement du programme de soutien élaboré dans le cadre de ce stage de pratique spécialisée doit, à nos yeux, se poursuivre afin de mieux répondre aux besoins des jeunes atteints d'un TM ou de symptômes associés. À ce sujet, les limites d'intervention des CJ doivent être sérieusement considérées et étudiées afin de mieux développer les services destinés à ces jeunes et à leurs parents. Ce programme de soutien pourrait être offert par un organisme communautaire existant tel que le Maillon, qui aurait pour objectif de prévenir les retraits de ces jeunes de leur famille.

CONCLUSION

Dans le stage présenté, le but visé fut celui d'informer et de soutenir les parents aidants soutenant un jeune ayant un TM ou des symptômes associés. La responsabilisation des acteurs gravitant autour d'un jeune ayant un TM ou des symptômes associés devient de plus en plus grandissante (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Actuellement, nous sommes dans une ère qui reconnaît davantage l'apport positif des parents aidants et les gouvernements en font la promotion (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Cette nouvelle position permet d'envisager une plus grande ouverture et une mobilisation quant au soutien à offrir aux jeunes aux prises avec un TM ou qui en présentent les symptômes. Étant surreprésentés en contexte de protection de la jeunesse (Frohlich et al., 2008), il semble donc particulièrement intéressant de se pencher sur le vécu de ces jeunes dans ce cadre particulier d'intervention.

C'est dans ce contexte que le stage de pratique spécialisée, faisant l'objet de cet essai, a été développé et mis en œuvre. Ce programme suggéré avait comme objectifs de favoriser une meilleure communication entre le parent aidant et le jeune ayant un TM ou des symptômes associés, d'améliorer la résolution de problèmes en contexte de maintien et d'insertion dans le milieu de vie, d'augmenter les connaissances des TM ou des symptômes associés et également de favoriser le soutien direct des parents aidants et le soutien indirect des jeunes ayant un TM ou des symptômes associés. Pour ce faire, une collecte de données a été effectuée auprès de différents intervenants du milieu organisationnel de la DPJ mais également du CLSC. À l'aide d'une entrevue semi-dirigée, les besoins des parents aidants ont été documentés. Le stage fut réalisé auprès de 3 parents d'accueil et 3 parents naturels offrant leur soutien auprès d'un jeune ayant un TM ou des symptômes associés. Pour ce faire, trois principales approches ont été utilisées, soit l'approche centrée sur les forces, l'approche psychoéducative et l'approche centrée sur les solutions. Une intervention personnalisée et individualisée, permettant de réduire le fardeau associé au TM, a aussi été privilégiée.

La réalisation de ce stage fut favorisée par la présence de plusieurs éléments provenant du contexte organisationnel en place. Il est pertinent de mentionner que la présence d'intervenants spécialisés en santé mentale (psychologue, infirmière, intervenants sociaux, éducateurs, etc.) a permis l'accessibilité à l'information spécifique du TM et de la clientèle cible (parents et jeunes). En contrepartie, la présence de problèmes familiaux auprès de deux parents aidants n'a pas aidé à la réalisation du programme de soutien. Le manque de disponibilité du parent aidant en raison de ses problèmes personnels (consommation, travail) et les problèmes de comportements d'un jeune ont fait en sorte que le programme a pris fin prématurément, soit à la quatrième rencontre. Outre ces facteurs ayant fait obstacle au bon déroulement du stage, pour certains participants, la mise en œuvre du programme a entraîné des retombées intéressantes, notamment en ce qui concerne la perception du bien-être parental et de l'efficacité parentale. À cet égard, il est intéressant de constater que la présence de difficultés personnelles ou familiales influence significativement la disposition du parent aidant à la participation ou non à un programme de soutien. Le programme de soutien offert lors de ce stage ne peut qu'être l'amorce d'une intervention spécifique et améliorée en contexte de protection de la jeunesse. Malgré la difficulté à accéder aux services, la spécialisation de l'intervention en TM et la possibilité de valoriser et de promouvoir les forces des parents aidants permet d'envisager des retombées positives pour ces familles.

La proximité de l'intervention est sans aucun doute un facteur de protection permettant le rétablissement du jeune, tout en favorisant le maintien de ce dernier dans son milieu de vie primaire, soit avec sa famille biologique ou substitut.

LISTE DES RÉFÉRENCES

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. (2006). *Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale*. Repéré à https://www.laressource.ca/images/ressources/cadre_daction_sur_la_maladie_mentale_et_la_sante_mentale.pdf

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Association des centres jeunesse du Québec (2009). Depuis 30 ans, des générations d'enfants protégés. *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux*. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Bilan%20DPJ_DP%202009.pdf

Association des centres jeunesse du Québec (2013). Un élan pour voir grand. *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux*. Repéré à https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_oim/Votre_CIUSSS/Documentation/Bilans_DPJ/bilan_dpj_2013.pdf

Azocar, B., Dorvillius, E., Echevarria, P., Filliaudeau, H., Jamouille, P., Joubert, M. et Serrano, S. (2007). *Penser et agir la prévention*. Repéré à https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/p_9014.pdf

Beaudoin, A., Mireault, G., Camiré, L., Poirier, M.-A. et Lessard, G. (2000). *L'implication des parents au cours du placement de leur adolescent en centre de réadaptation*. Rapport intégral, volet 3, Centre jeunesse de Québec–Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 104 p.

Beaudoin, M. (2007). *Intervention psychoéducative de réadaptation en milieu familial*. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/1543/1/030023632.pdf>

Beaumont, N. et Bergeron-Leclerc, C. (2012). *L'approche centrée sur les forces : un modèle d'intervention qui soutient le rétablissement*. Journée de l'Institut Roland Saucier, Ville Saguenay, Québec, Canada.

Bénony, H., Bénony, C., et Dumas, J. (2008). *Psychopathologie des affects et des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck.

Berg, I. K. (1996). *Services axés sur la famille : une approche centrée sur la solution*. Ramonville: Érès.

Berg, I.K., et Kelly, S. (2001). *Des solutions à inventer dans les services à l'enfance*. New York : Edisem.

Boislard, L., Dallaire, M., Lessard, J., Levert, L. et Michelin, D. (2008). *Cadre de référence – Plan de services individualisé Jeunesse en Montérégie*. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2700/agence_pub_cadre_reference_PSI.pdf

Boyle, M., et Georgiades, K. (2010). Perspectives on Child Psychiatric Disorders. Dans J. Cairney, et D.L. Streiner, (dir.), *Mental Disorders in Canada : An Epidemiological Perspective* (chap. 10, p. 205-226). Toronto: Presse de l'Université de Toronto.

Breton, J.-J., Légaré, G., Laverdure, J., et D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans J. Aubin, C. Lavallée, J. Camirand, N. Audet, B. Beauvais et P. Berthiaume (dir), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et de adolescents québécois 1999* (chap.19, p. 433-446). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Breton, J.-J., et Valla, J.-P. (2001). Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon, et collaborateurs (dir.), *Démystifier les maladies mentales: Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (chap.1, p. 1-22). Boucherville : Gaëtan Morin.

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involted with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.

Byrne, B.A. et Lemay, R. (2005). Parole aux jeunes : ils nous disent ce qu'il faut pour assurer le succès du placement résidentiel. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 11(1), 196-213.

Caron, J., Mercier, C., Martin, A., et Stip, E. (2005). Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 165-191.

Cassen, M. et Delile, J-M. (2007). *Thérapies multifamiliales et addictions*. Dans S. Cook-Darzens (dir.), *Thérapies multifamiliales* (p. 205-246). Érés.

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27.

Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2006). *Offre de service*. Document inédit.

Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2007). *Protocole d'entente entre le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean et le Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau*. Document inédit.

Chabrol, H. (2011). *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris: Dunod.

Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les jeunes en centre de réadaptation*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

Chamberland, C., Léveillé, S. et Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger. Parents à aider. Des univers à rapprocher*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Clément, M. et Aubé, D. (2002). La continuité des soins : une solution? Perspective des personnes avec comorbidité. Les réseaux intégrés de services. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 180-187.

Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S. et Verreault, M. (2008). *Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse*. Dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers, et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (chap. 12, p. 263-291). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Cochran et Henderson (1985). *Échelle de perception de mon bien-être comme parent*.

Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis en centres jeunesse. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des TM et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. (2004). *De la complicité à la responsabilité*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-rapportcontinuum-juin04.pdf>

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2016). *Adresser les facteurs de protection pour améliorer la santé mentale des jeunes*. Repéré à https://www.csnb.ca/sites/default/files/dossier_-_adresser_les_facteurs_de_protection_pour_ameliorer_la_sante_mentale_des_jeunes.pdf

Conseil Permanent de la jeunesse (2004). *Pour un guichet de services destinés aux jeunes*. Repéré à <https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/publications-cpj/documents/politique-jeunesse/guichet.pdf>

Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.

Denis, I. (2013). *Comorbidité trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et troubles anxieux : profil clinique et impact du traitement des troubles anxieux sur les comportements et les déficits cognitifs associés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité*. (Thèse, Université du Québec à Montréal, Montréal). Repéré à <https://archi-pel.uqam.ca/5527/1/D2523.pdf>

Deslauriers, J-P., et Hurtubise, Y. (2000). *Introduction au travail social*. Québec : Presses de l'Université de Laval.

Dionne, É., Camiré, L., Moisan, S., Hénault, R., Girard, D., et Rousseau, M.-M. (2008). *Les troubles mentaux en centre jeunesse*. Québec: Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR).

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Troisième rapport nationale sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-228-05.pdf>

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Dore, G., et Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(13), 147-158.

Dumas, P. (1991). *La concertation en santé mentale pour le secteur Orléans*. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000026861.pdf>

Duppong-Hurley, K., Trout, A., Chmelka, B., Burns, B.J., Epstein, M.G., et Thompson, R.W. (2009). The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 3, 164-176.

Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., et Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Gaumont, C. (2010). *Prévalence des problématiques en santé mentale chez la clientèle du centre jeunesse de la Montérégie*. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Prevalence_problematiques_sante_mentale_CJ_Mont%C3%A9r%C3%A9gie_2010.pdf

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psycho éducative*. Montréal : Édition Sciences et culture.

Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* (Publication n° HP5-19/2006). Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/HP5-19-2006F.pdf>

Gouvernement du Québec. (2004). *Pour un guichet de services destinés aux jeunes*. Repéré à <https://www.jeunes.gouv.qc.ca/publications/publications-cpj/documents/politique-jeunesse/guichet.pdf>

Gouvernement du Québec. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des TM et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-914-10W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

Gouvernement du Québec (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012. Institut de la statistique du Québec*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>

Gouvernement du Québec (2018). *La cause des enfants tatouée sur le cœur*. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. Repéré à https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/A_propos/rapports_annuels/Bilan_DPJ_2018_provincial.pdf

Gouvernement du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale : avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie au Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Repéré à http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/toxicomanie_sante_mentale.pdf

Goyette, C., et Charest, P. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec : Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-914-10W.pdf>

Guindon, J. (1998). La psychoéducation, une nouvelle discipline. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 27(2), 191-194.

Habimana, E., Éthier, L., Petot, D. et Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Home, A. et Pearce, S. (2003). Triple journée de travail des mères d'enfants ayant une incapacité invisible. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 9(2), 163-185.

Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., ... Zhang, J. (2004). Contextual predictors of mental health service use among children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1217-1224.

Landry Balas, L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale* (2^e éd.). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of a counselling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8), 26-32.

Leff, J. et Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. New York: Presse de l'Université de Cambridge.

Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>

Léveillé, S., Chamberland, C., et Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement des parents compromet aussi celui de leurs enfants. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé, *Enfants à protéger. Parents à aider. Des univers à rapprocher*. (p.7-66). Québec : Presse de l'Université du Québec.

Liao, Q., Manteuffel, B., Paulic, C., et Sondheimer, D. (2001). Describing the population of adolescents served in systems of care. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 9, 13-29.

Luscombe, G., Brodaty, H., et Freeth, S. (1998). Younger people with dementia: diahonestic issues, effect on carers and use of services. *Internationnal Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 323-330.

McFarlane, WR. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Presse Guilford.

Macias, C., Kinney, R., Farley, W. O., Jackson, R. et Vos, B. (1994). The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(4), 323-339.

Martel, M. (2002). *Les différents types d'intervention en négligence à l'égard des enfants. Analyse critique de différentes interventions en lien avec la problématique de la négligence envers les enfants*. (Mémoire de maîtrise). Université de Laval.

Martel, M. et Harton, L. (2005). *Programme cadre en santé mentale*. Document inédit.

Mayer, M et Lavergne, C. (2003). *La pauvreté des enfants signalés aux services de protection de la jeunesse québécoise*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

Mccrae, J.S. (2009). Emotional and behavioral problems reported in child welfare over 3 years. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 17, 17-28.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Plan d'action en santé mentale 2010-2015: La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Moldovan, V. (2007). Attitudes of mental health workers toward community integration of the persons with serious and persistent mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 10, 19-30.

Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E., Chantal, M., et Dufour, M. (2012). Trouble menaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans M.-H. Gagnée, S. Drapeau, et M.-C. Saint-Jacques, *Les enfants maltraités: de l'affliction à l'espoir* (p. 71-92). Québec: Presses de l'Université Laval.

Nadeau, D., Malingrey, F., Chantal, M., et Bonneville, S. (2010). *Santé mentale des usagers au CJQ-IU : Suivi d'implantation de l'Offre de services au 30 juin 2009–Rapport d'étape*. Centre jeunesse de Québec–IU. Direction du développement professionnelle et des affaires universitaires.

Nadeau, D., Patry, M.-R., et collaborateurs. (2008). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire: Modèle de développement et d'organisation des services*. Québec: Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.

Nadeau, D, Simard, I. et Chantal, M. (2012). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec-Institut Universitaire. Le programme « Viser l'inclusion sociale »*. Québec: Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. Repéré à http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/sante_mentale_usagers_cjqi_u.pdf

Oliver, S., Harden, A., Rees, R., Shepherd, J., Brunton, G., et Oakley, A. (2008). Young people and mental health: novel methods for systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, 23 (5), 770-790.

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Repéré à https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=2E667F16A3C3CE7F0A1BC7C5EB51AAF0?sequence=1

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M. et Hotte, J-P. (1996). *Étude des caractéristiques sociofamiliales et personnelles associées au placement d'enfants en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation dans la région de Montréal*. Montréal, Québec : Conseil régional des services de santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain.

Perreault, M., Provencher, H., St-Onge, M. et Rousseau, M. (2002). Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches. *Santé mentale au Québec*, 27 (2), 198-214.

Piat, M., Ricard, N., Lesage, A., et Trottier, S. (2005). Le point de vue des responsables des ressources de type familial sur les transformations des services de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 209-231.

Pouliot, E., Turcotte, D., et Monette, M.-L. (2009). La transformation des pratiques sociales auprès des familles en difficulté : du «paternalisme» à une approche centrée sur les forces et les compétences. *Service social*, 55 (1), 17-30.

Quirion, B. et Di Gennaro, A. (2000). *L'inflation des cas de problématiques multiples : le symptôme de la disjonction entre la logique institutionnelle et la phénoménologie des besoins*. Dans D. Laberge, *L'errance urbaine* (p. 329-346). Sainte-foy, Québec : Éditions MultiMondes.

Roc, M-J. (2009). *La pratique professionnelle de travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en protection de la jeunesse*. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Repéré à https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/guide_protection_jeunesse.pdf

Saint-Jacques, M.-C., Lessard, G., Beaudoin, A. et Drapeau, S. (2000). *Les pratiques d'implication parentale dans l'intervention en protection de la jeunesse*. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire sur les jeunes en difficulté. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/266135145_Les_Pratiques_D'implication_Parentale_Dans_L'intervention_En_Protection_de_la_Jeunesse

Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. *Social Workers*, 41 (3), 296-305.

Schnapper, D. (1996). Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. Dans S. Paugam, *L'exclusion. L'état des savoirs*, p.23-31. Schnapper, D. (1996). Intégration et exclusion dans les sociétés modernes.

Simard, M., Simard, A. et Moisan, C. (2008). *Document de référence interne pour les unités à traitement individualisés (U.T.I.) du Centre Saint-Georges*. Document inédit.

Stimmel, G. L. et Sharfstein, S. S. (2004). The economic burden of bipolar disorders. *Psychiatric Services*, 55(2), 117-118.

Stoep, A., Beresford, S., Weiss, N., McKnight, B., Cauce, A., et Cohen, P. (2000). Community based Study of the Transition to Adulthood for Adolescents with psychiatric Disorders. *American Journal of Epidemiology*, 152, 352-362.

Therrien, R. (1990). La désinstitutionnalisation, les malades, les familles et les femmes des intérêts à concilier. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 100-119.

Thibault-Wanquet, P. (2011). Le rôle des aides-soignantes et la place des aidants naturels dans le soin. Soins Aides Soignantes. *La revue de référence aide-soignante*, 38.

Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R., et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents québécois des centres jeunesse : une étude cas-témoin*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/242387387_La_sante_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebecois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-temoin

Tourigny, M., Mayer, M., Lavergne C. et Wright J. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/301699183_Etude_sur_l'incidence_et_les_caracteristiques_des_situations_d'abus_de_negligence_d'abandon_et_de_troubles_de_comportement_serieux_signalees_a_la_direction_de_la_protection_de_la_jeunesse_au_Quebec_EI

Turcotte, D., Saint-Jacques, M-C., et Pouliot, E. (2008). Définir, observer et mesurer les forces des parents en travail social. *Pensée plurielle*, 17, 19-35.

Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua (2005). Waddell, C., et Shepherd, C. (2002). *Prevalence of mental disorders in children and youth*. Vancouver: The University of British Columbia.

Waddell, C., et Shepherd, C. (2002). *Prevalence of mental disorders in children and youth*. Vancouver: The University of British Columbia.

ANNEXES

**ANNEXE A: TYPE DE SOUTIEN OFFERT PAR LES SERVICES SPÉCIALISÉS
EN SANTÉ MENTALE EN CJSLSJ.**

Types de soutien offert par les services spécialisés en santé mentale en CJ S—L—St-J.:

Comité de santé mentale CSSS

Chef de services du CSSS, chef milieu application de programme S—L—St-J., psychologue, infirmière.

Déterminer s'il y a motif justifiant les services en santé mentale aux jeunes du CJ suivi en externe
Soutien clinique aux intervenants du CJ qui interviennent auprès des jeunes ayant une problématique de santé mentale
Décider de l'utilité des services en santé mentale des jeunes du CJ suivi en externe
Permettre l'accessibilité de l'expertise en santé mentale aux intervenants du CJ
Favoriser le développement de l'expertise en santé mentale auprès des intervenants du CJ

Programme « T'AS SA »

Groupe trouble de l'attachement, service de soutien et d'accompagnement pour les intervenants et familles d'accueils
Psychoéducatrice, éducateur interne.

Outils et informer les collaborateurs (FA et intervenants) sur le trouble de l'attachement
Support de groupe

Reconnaître les forces et les limites du jeune et de son milieu
Favoriser les capacités d'adaptation
Maximiser le développement du jeune
Interventions de réadaptation spécialisées en santé mentale

U.T.I. (hébergement spécialisé)

Unité de traitement individualisé:
Foyer G → filles (12-18 ans) (6)
Foyer E → garçons (12-18 ans) (6)

Équipe multidisciplinaire en santé mentale

Adjointe clinique DSRH, psychologue, infirmière, travailleur social, éducateur.

Assurer la liaison entre les services hiérarchisés en santé mentale
Clarifier l'orientation clinique à maintenir
Retour sur la consultation et la validation des interventions sont offerts
Inventorier des situations qui ont suscité leurs services
Assurer le suivi correspondant au besoin du jeune lorsqu'il y a réintégration dans le milieu de vie
Soutien aux intervenants dans les interventions (compréhension, analyse et innovation)
Être une source de référence spécialisée en santé mentale
Assurer l'application des recommandations

Services spécialisés de 3^e niveau (accès)

Infirmière clinicienne
Soutien clinique pédo-psychiatre
1f/mois

Offrir un système de priorisation de la clientèle selon les critères de priorisation
Inscription sur une liste d'attente de services
Soutien clinique du pédo-psychiatre pour les équipes d'intervenants en santé mentale

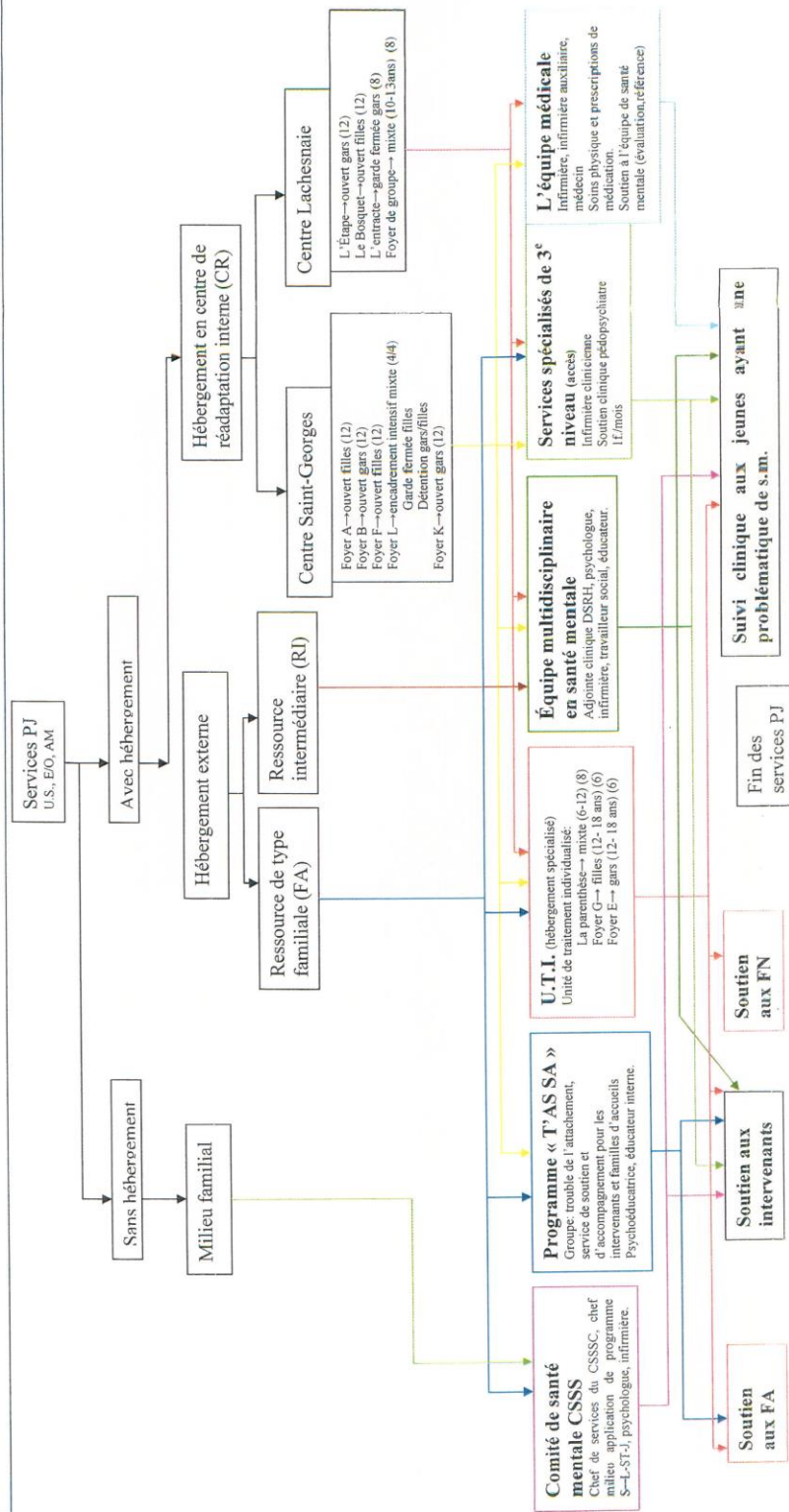
L'équipe médicale

Soins physiques et prescriptions pharmacologiques.
Soutien à l'équipe de santé mentale (évaluation, référence)

Dispenser les soins requis par l'état de santé des jeunes hébergés en CR
Travailler en collaboration avec les services spécialisés en santé mentale
Prescrire la médication nécessaire à la santé du jeune

**ANNEXE B: TRAJECTOIRE DE SERVICES OFFERTS AUX JEUNES AYANT
UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE OU DES SYMPTÔMES
ASSOCIÉS PROVENANT DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE DU SLSJ.**

Trajectoire de services offerts aux jeunes ayant une problématique de santé mentale ou des symptômes associés provenant de la protection de la jeunesse S-L-ST-J.



ANNEXE C : AFFICHE DU PROGRAMME

PROGRAMME DE SOUTIEN POUR PARENTS AIDANTS

**Vous côtoyez un jeune qui a des
problèmes de santé mentale ?**

**Vous vous sentez parfois impuissants ou
en manque de moyens ?**

**Vous sentez que vous avez besoin de
conseils, de suggestions, de soutien ?**

Vous pourriez bénéficier d'un programme de
soutien individualisé axé sur les forces.

Ce programme est à l'essai dans le cadre d'un
stage de maîtrise en travail social.

Il s'adresse tant aux parents naturels, qu'aux
parents d'accueil ou à toute autre personne
significative dans la vie d'un jeune.

Faites vite ! Il est en vigueur pour les mois de
juillet, août et septembre 2010.

Pour information ou bénéficier du programme

**Mélanie Belley, intervenante sociale et stagiaire à la
maîtrise en travail social**

418-549-4853 poste 4257

ANNEXE D : DÉPLIANT DU PROGRAMME

**PROGRAMME DE SOUTIEN AUX
PARENTS AIDANTS**

Intervenante:

Mme Mélanie Belley

*Le Centre jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-
Jean*

Secteur Chicoutimi

599, Hôtel-Dieu

Chicoutimi G7H 1W1

Tél.: 418-549-4853 poste 4257

**PROGRAMME DE SOUTIEN AUX
PARENTS AIDANTS**

*(parent(s) biologique(s), parent(s) d'accueil,
personne(s) significative(s))*

Aider... sans se diviser

Programme offert par

Intervenante:

Mme Mélanie Belley

Secteur Chicoutimi

Tél. : 418-549-4853 poste 4257



**Le Centre jeunesse du
Saguenay-Lac-Saint-Jean**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PARENTS AIDANTS... Aider... sans se diviser...

À qui s'adresse ce programme?

- ✓ Vous êtes un parent biologique, un parent d'accueil ou une personne significative;
- ✓ Vous intervenez auprès d'un enfant qui a une problématique psychologique;
- ✓ Vous rencontrez certaines difficultés liées à l'insertion de l'enfant dans la famille;
- ✓ Vous éprouvez des difficultés dans l'aide apportée à l'enfant;
- ✓ Vous cherchez du support et des outils pour améliorer la qualité de votre relation avec votre enfant.

Les services offerts par le programme...

- ✓ Rencontres individuelles
- ✓ Entretiens téléphoniques
- ✓ Possibilité de visiter un organisme
- ✓ Guide pratique d'interventions
- ✓ Disponibilité flexible et ajustable

Les thèmes qui seront abordés...

- ✓ Qu'est-ce qu'un parent aidant?
- ✓ Qu'est-ce que l'enfant vit et qu'est-ce que cela me fait vivre comme parent?
- ✓ Comment mieux vivre avec sa réalité?
- ✓ Vers qui on peut se tourner?

Quels sont les objectifs du programme?

- ✓ Augmenter la qualité de la relation et de la communication entre le parent et l'enfant;
- ✓ Offrir des moyens de résoudre les problèmes rencontrés lors de l'insertion dans le milieu de vie ou en situation de maintien dans le milieu familial;
- ✓ Mieux comprendre la problématique de santé mentale vécue par l'enfant;
- ✓ Offrir du soutien aux parents aidants (ventiler, verbaliser sur le vécu).

Déroulement du programme...

- ✓ Début prévisible: semaine du 25 juillet 2010
- ✓ Quatre (4) rencontres individuelles
- ✓ Une (1) visite dans un organisme
- ✓ Suivi hebdomadaire
- ✓ Disponibilité du soutien jour, soir

ANNEXE E : GUIDES D'ENTREVUES

Guide d'entrevue destiné aux jeunes

Bonjour !

D'abord, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. L'objectif de notre rencontre est de mieux comprendre les besoins des jeunes souffrant de TM et de leur entourage, afin de développer des outils appropriés pour les soutenir. Dans le cadre de l'entrevue je vais vous poser des questions sur lesquelles vous allez pouvoir vous exprimer librement. Le matériel des entrevues sera ensuite compilé et des mesures de soutien seront mises en place à partir des principaux besoins recensés. En tant que jeune, vos connaissances sur la situation de votre parent (naturel ou d'accueil) qui vous soutient dans votre rétablissement sont importantes. Ces quelques questions vous donne le droit de parole et permet de dire votre opinion sur l'aide apporter à votre parent. Merci de votre collaboration.

D'après vous, combien de jeunes peuvent avoir des TM au CJ ?

Quels sont les principaux besoins des jeunes ayant des TM et recevant des services en CJ ?

Quels sont à votre avis les défis de l'intervention en ce qui concerne les jeunes ayant des TM et qui reçoivent des services en CJ ?

À votre avis, les services actuels au CJ répondent-ils à vos besoins? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services aux jeunes ayant des TM ?

Quels sont à votre avis les défis pour soutenir les parents de ces jeunes ayant des TM ?

À votre avis, l'offre de service actuelle au CJ répond-elle aux principaux besoins de ces parents ? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services auprès de ces parents ?

Selon vous, afin d'aider votre parent, quel type d'intervention (ex. intervention individuelle, intervention de groupe, livret informatif) devrait être mis en place et pourquoi ?

En terminant, avez-vous d'autres suggestions qui pourraient nous aider à mettre en place des services pour mieux outiller les jeunes ayant des TM et leurs parents ?

Merci de votre collaboration

Guide d'entrevue destiné aux intervenants

Bonjour !

D'abord, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. L'objectif de notre rencontre est de mieux comprendre les besoins des jeunes souffrant de TM et de leur entourage, afin de développer des outils appropriés pour les soutenir. Dans le cadre de l'entrevue je vais vous poser des questions sur lesquelles vous allez pouvoir vous exprimer librement. Le matériel des entrevues sera ensuite compilé et des mesures de soutien seront mises en place à partir des principaux besoins recensés. Merci de votre collaboration.

Quelle est à votre avis, la proportion de jeunes ayant des TM au CJ ?

Quels sont les principaux besoins des jeunes ayant des TM et recevant des services en CJ ?

Quels sont à votre avis les défis de l'intervention en ce qui concerne les jeunes ayant des TM et qui reçoivent des services en CJ ?

À votre avis, l'offre de service actuelle au CJ répond-elle aux principaux besoins de ces jeunes ? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services aux jeunes ayant des TM ?

Quels sont à votre avis les défis de l'intervention auprès des parents de ces jeunes ayant des TM ?

À votre avis, l'offre de service actuelle au CJ répond-elle aux principaux besoins de ces parents ? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services auprès de ces parents ? D'après ce que vous connaissez de ces parents, quel type d'intervention (ex. intervention individuelle, intervention de groupe, livret informatif) devrait être mis en place et pourquoi ?

En terminant, avez-vous d'autres suggestions qui pourraient nous aider à mettre en place des services pour mieux outiller les jeunes ayant des TM et leurs parents ?

Merci de votre collaboration

Guide d'entrevue destiné aux parents

Bonjour !

D'abord, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. L'objectif de notre rencontre est de mieux comprendre les besoins des jeunes souffrant de TM et de leur entourage, afin de développer des outils appropriés pour les soutenir. Dans le cadre de l'entrevue je vais vous poser des questions sur lesquelles vous allez pouvoir vous exprimer librement. Le matériel des entrevues sera ensuite compilé et des mesures de soutien seront mises en place à partir des principaux besoins recensés. En tant que parents, nous faisons appels à vos compétences d'interventions auprès de votre enfant pour lequel vous offrez le soutien. Merci de votre collaboration.

Quelle est à votre avis, la proportion de jeunes ayant des TM au CJ ?

Quels sont les principaux besoins des jeunes ayant des TM et recevant des services en CJ ?

Quels sont à votre avis les défis de l'intervention en ce qui concerne les jeunes ayant des TM et qui reçoivent des services en CJ ?

À votre avis, l'offre de service actuelle au CJ répond-elle aux principaux besoins de ces jeunes ? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services aux jeunes ayant des TM ?

Quels sont à votre avis les défis de l'intervention auprès des parents de ces jeunes ayant des TM ?

À votre avis, l'offre de service actuelle au CJ répond-elle aux principaux besoins de ces parents ? Expliquez.

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services auprès de ces parents ?

D'après ce que vous connaissez, quel type d'intervention (ex. intervention individuelle, intervention de groupe, livret informatif) devrait être mis en place et pourquoi ?

En terminant, avez-vous d'autres suggestions qui pourraient nous aider à mettre en place des services pour mieux outiller les jeunes ayant des TM et leurs parents ?

Merci de votre collaboration

Guide d'entrevue destiné aux parents d'accueil

Bonjour !

D'abord, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer. L'objectif de notre rencontre est de mieux comprendre vos besoins, de même que ceux des jeunes hébergés afin de développer des outils appropriés pour vous soutenir. Dans le cadre de l'entrevue je vais vous poser des questions sur lesquelles vous allez pouvoir vous exprimer librement. Le matériel des entrevues sera ensuite compilé et des mesures de soutien mises en place à partir des principaux besoins recensés. En tant que parents d'accueils, nous faisons appels à vos compétences d'interventions auprès de l'enfant pour lequel vous offrez le soutien. Merci de votre collaboration.

1. En tant que parent d'accueil, pouvez-vous nous identifier les difficultés rencontrées par le jeune en ce qui concerne sa santé mentale ?

2. Lorsque vous pensez au jeune, et à ses difficultés, que diriez-vous de ses principaux besoins ?

3. À votre avis, l'offre de service au CJ répond-elle aux principaux besoins du jeune ? Expliquez.

4. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'offre de services dispensés au jeune ?

5. Pouvez-vous me parler de vos principaux besoins (concernant votre rôle parental auprès du jeune) en lien avec l'aide que vous offrez au jeune ?

6. Est-ce que vous sentez que vous avez toutes les connaissances et compétences requises pour soutenir le jeune face à ce qu'il vit? Expliquez.

7. D'après-vous, qu'est-ce qui influence le maintien du jeune dans votre milieu familial ?

8. Selon votre situation, quels sont vos besoins qui pourraient vous aider à garder le jeune dans votre milieu familial ?

9. Quel type d'intervention vous conviendrait le mieux afin que le CJ puisse mieux vous soutenir dans votre rôle parental auprès du jeune ?

10. Par exemple, au sujet de la santé mentale du jeune, aimeriez-vous davantage:

a) Participer à des rencontres informatives de groupe ? _____

b) Obtenir du soutien à domicile ? _____

c) Recevoir un livre explicatif ? _____

11. En terminant, avez-vous d'autres suggestions qui pourraient nous aider à mettre en place de meilleurs services pour vous aider ?

Merci de votre collaboration

ANNEXE F: COLLECTE D'INFORMATIONS

PREMIÈRE RENCONTRE: ____/____/____

Collecte d'informations

Personne soutenue

Nom: _____ Prénom: _____

Lien avec le jeune: _____

Âge du jeune: _____

Objectif d'hébergement: _____ Maintien _____ Réintégration

Problématique psychologique (symptômes):

DX: _____ oui _____ non

Prise de médication: _____ oui _____ non

Perception de la médication, changements observés :

ANNEXE G: PLAN DE SOUTIEN

PLAN DE SOUTIEN

Nom de la personne soutenue : _____

POINTS FORTS ET RESSOURCES :

RÉUSSITES : ANTÉRIEURES ET PRÉCÉDANT LA RENCONTRE :

BESOINS ACTUELS (en lien avec la problématique de santé mentale):

ENTENTE COMMUNE SUR LES OBJECTIFS À ATTEINDRE (concrets et mesurables):

TÂCHES

TRAVAILLEUR SOCIAL :

CLIENT

REMARQUES

ANNEXE H : QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

Perception de mon bien-être comme parent

	3	2	1	Moyenne
Question <i>Actuellement je me perçois comme un parent :</i>				
1. Gai(e) à la maison				
	1	2	3	Moyenne
2. Tendu(e), stressé(e)				
3. Tolérant(e) avec mon enfant				
4. Capable d'encouragement				
	1	2	3	Moyenne
5. Préoccupé(e), distrait(e) avec mon enfant				
6. Stimulant(e) pour mes enfants				
7. À l'écoute de mon enfant				
8. Disponible à mon enfant				
9. Respectueux (se) de son intimité				
10. Affectueux (se)				
	1	2	3	Moyenne
11. Autoritaire				
12. Capable de m'affirmer				
13. Capable de mettre des limites et de les maintenir				
14. Capable de dire non				
15. Capable de prendre soin de moi				
16. Juste et équitable entre les enfants (si vous avez un seul enfant, cochez cette case <input type="checkbox"/>)				
Score total (/48)				

Légende : 1= un peu

2= moyennement

3= beaucoup

Perception de mon efficacité parentale

	1	2	3	4	5	6	7	Moyenne
Question								
<i>Comment évaluez-vous votre capacité à... :</i>								
De 1 à 7 : pas très bonne, très bonne.								
1. Enseigner à votre enfant la différence entre ce qui est bien et mal.								
2. Avoir une relation intime avec votre enfant.								
3. Écouter votre enfant.								
4. Donner le bon exemple à votre enfant...								
5. Enseigner à votre enfant à être juste.								
6. Trouver des choses intéressantes à faire avec votre enfant.								
7. Ressentir du plaisir à être parent.								
8. Garder votre sang froid avec votre enfant.								
9. Être parent et avoir une vie personnelle.								
10. Enseigner à votre enfant à être respectueux.								
11. Faire sentir à votre enfant que vous l'aimez.								
12. Discipliner votre enfant.								
13. Faire avec votre enfant, des activités qu'il aime.								
14. Apprécier les moments passés avec votre enfant.								
15. Passer suffisamment de temps avec votre enfant.								
16. Avoir l'énergie pour faire tout ce que vous avez à faire.								
17. Trouver des intérêts en commun avec votre enfant.								
18. Être affectueux (se) avec votre enfant.								
Score total (/126)								

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Questionnaire de satisfaction des participants.

« Cette étape est la dernière du programme de soutien aux parents aidants. L'évaluation de la satisfaction des participants a pour objectif de bonifier le programme de part vos précieux commentaires que vous avez a partagés. Je vous remercie de prendre 5 minutes pour compléter ce questionnaire.»

Encercler le type de famille aidante dont les observations ci-dessous correspondent?

FA (famille d'accueil)

FN (famille naturelle)

Pour chaque question, vous devez inscrire le degré de satisfaction en encerclant le chiffre correspondant à votre réponse.

Légende :

1	pas du tout
2	Un peu
3	Moyennement
4	Satisfaisant
5	Très satisfaisant

Programme

1. Quel est votre degré de satisfaction par rapport :

	1	2	3	4	5
À la durée du service?					
À la qualité du contenu?					
À l'augmentation du sentiment de compétence?					
À la résolution des difficultés?					
Aux pistes de solutions proposées?					

2. Quel est votre degré de satisfaction sur chacun des volets du programme de soutien:

	1	2	3	4	5
Ventilation					
Compréhension du trouble psychologique					
Transmission des interventions appropriées					
Ressources dans le milieu					

3. Si un ou une amie avait besoin du même type d'aide, est-ce que vous lui recommanderiez ce service de soutien?

oui	non	Ne sais pas
-----	-----	-------------

4. Jusqu'à quel point ce programme de soutien répond t-il à vos besoins?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Si vous aviez encore besoin d'aide, utiliseriez-vous à nouveau ce service de soutien?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Intervenant

6. Dites-moi quel niveau de satisfaction donneriez-vous à chacun des aspects suivants concernant le service de soutien que vous avez reçu?

(ENCERCLEZ LA RÉPONSE POUR CHACUN DES POINTS SUIVANTS)

Disponibilité de l'intervenant	1	2	3	4	5
Attitude de l'intervenant	1	2	3	4	5
Écoute de l'intervenant	1	2	3	4	5
Compétence de l'intervenant	1	2	3	4	5

7. Pourriez-vous me dire e que vous appréciez le plus de ce programme de soutien?

8. Pourriez-vous me dire dans vos propres mots ce qui, selon vous, pourrait être amélioré à ce programme de soutien?

11. Suite à votre participation au programme de soutien aux parents aidants, avez-vous apportés des changements aux gestes ou certaines actions par rapport au problème vécu ou la situation difficile?

oui	non	Ne sais pas
-----	-----	-------------

Si oui, quels gestes ou actions avez-vous posés?

12. De façon générale, que vous a apporté la participation au programme de soutien aux parents aidants?

oui	non	Ne sais pas
-----	-----	-------------

Pourriez-vous m'expliquer pour quelles raisons?

«Je vous remercie infiniment d'avoir pris de votre temps de remplir ce questionnaire. Tous vos commentaires nous seront fort utiles! Sachez que toutes les informations que vous m'avez révélées demeureront strictement confidentielles. Passez une belle fin de journée.»

Date: _____

ANNEXE J : RÉSULTATS OBTENUS EN PRÉ-TEST ET POST-TEST

Résultats obtenus en pré-test de l'évaluation de la perception de mon bien-être comme parent

Participant	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	TOTAL
FN 1	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	3	39
FN 2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	0	39
FN 3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	2	2	3	40
FA 4	2	1	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	40
FA 5	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	44
FA 6	2	1	1	3	2	1	2	2	3	3	1	2	1	3	2	3	32
MOYENNE	2	1,83	2,66	3	2,5	2,66	2,66	2,66	2,83	2,66	1,66	2,83	1,83	2,66	2	2,5	39

Résultats obtenus en post-test de l'évaluation de la perception de mon bien-être comme parent

Participant	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	TOTAL
FN 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FN 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FN 3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	0	37
FA 4	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	41
FA 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FA 6	0	0	0	3	0	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	29
MOYENNE	0,83	0,66	0,83	1,5	0,5	1,33	1,33	1,16	1,5	1,5	0,83	1,33	1,16	1,16	1,16	1	17,83

Résultats obtenus en pré-test de l'évaluation de la perception de l'efficacité parentale

Participants	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	TOTAL
FN 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FN 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FN 3	5	7	5	5	5	6	7	4	4	6	7	4	6	7	4	5	6	7	100
FA 4	6	6	6	7	7	5	7	6	5	6	6	6	6	6	6	6	5	6	108
FA 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FA 6	7	5	5	5	7	4	7	7	4	5	7	6	3	4	4	3	4	7	94
MOYENNE	3	3	2,6 6	2,8 3	3,1 6	2,5	3,5	2,8 3	2,1 6		3,3 3	2,6 6	2,5	2,83		2,3 3	2,5	3,3 3	50,33

Résultats obtenus en post-test de l'évaluation de la perception de l'efficacité parentale

Participants	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	TOTAL
FN 1	6	7	7	7	6	6	6	7	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	119
FN 2	6	6	3	6	7	6	5	5	4	3	7	5	2	6	3	2	5	7	88
FN 3	5	7	7	5	6	6	6	5	5	6	7	5	6	7	7	7	6	6	109
FA 4	6	7	7	7	6	6	7	5	3	5	6	5	5	7	6	5	5	4	102
FA 5	7	6	7	7	7	5	7	7	5	7	7	6	7	5	7	7	7	5	116
FA 6	7	6	4	5	6	3	6	5	2	6	6	6	2	6	4	3	5	7	89
MOYENNE	6,16 5	6, 5	5,8 3	6,1 6	6,3 3	5,33	6,1 6	5,6 6	3,8 3	5,6 6	6,6 6	5,6 6	4,8 3	6,33	5,6 6	5,1 6	5,8 3	6	103,83